



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA



4º Curso de Mestrado de Gestão da Saúde

2008/2010

**Satisfação Profissional e Vínculo Laboral: Prestadores  
de Cuidados Directos num Hospital Distrital**

**Orientador:**

Prof. Doutor Luís Graça

**Autora:**

Sandra Cristina Serra Lopes Costa

Alverca

Julho de 2010



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA



4º Curso de Mestrado de Gestão da Saúde

## Satisfação Profissional e Vínculo Laboral: Prestadores de Cuidados Directos num Hospital Distrital

Trabalho científico desenvolvido no âmbito da conclusão do Curso de  
Mestrado de Gestão da Saúde: Especialidade em Gestão de Unidades  
Clínicas

**Orientador:**

Prof. Doutor Luís Graça

Docente da Escola Nacional de Saúde Pública

**Autora:**

Sandra Cristina Serra Lopes Costa

Discente da Escola Nacional de Saúde Pública

Alverca

Julho de 2010

## Agradecimentos...

À minha colega de curso Ana Lúcia por todo o caminho (não só físico como ao nível do conhecimento) que partilhámos ao longo destes 2 anos, bem como pelos momentos de cansaço, desânimo mas também de ajuda mútua e convívio.

A todos os colegas de curso com quem partilhei estes 2 anos, de conhecimento, cansaço, desespero, alegria e convívio.

Ao meu orientador, que no meio da sua agenda sempre preenchida, conseguiu ajudar-me nesta longa caminhada, iluminando o meu percurso com o seu conhecimento.

A todos os colegas da instituição onde trabalho, pois sem as suas respostas a realização deste trabalho não era possível.

Ao Tiago, informático, que criou o *site*, possibilitando assim as inúmeras respostas obtidas.

À Liliana, estatística, que me auxiliou no tratamento dos dados obtidos.

Aos meus pais que foram uma ajuda essencial na gestão do pouco tempo e das inúmeras tarefas.

Ao meu companheiro, com quem partilho as aventuras do conhecimento.

A todos vós, o meu muito obrigado...

## Resumo

A flexibilidade dos contratos de trabalho é cada vez mais uma realidade. Em 2009, cerca de 18% da população activa em Portugal tinha um vínculo instável. Na instituição onde se realizou o estudo, 38,8% dos profissionais de saúde têm este tipo de vínculo.

Este estudo foi realizado num hospital distrital com a participação de 103 prestadores de cuidados directos – assistentes operacionais, enfermeiros, médicos e técnicos de diagnóstico e terapêutica - aos quais foi dado um questionário de auto-resposta. Através deste, fez-se a comparação dos níveis de satisfação dos profissionais com diferentes tipos de vínculo.

Concluiu-se que as dimensões mais valorizadas são as relacionais e condições de trabalho e saúde. A dimensão da Segurança no Emprego surge no meio da tabela. Ao contrário do que dizem os estudos, a autonomia e poder foi das menos valorizadas. Os profissionais com vínculo laboral instável dão maior importância à segurança.

As dimensões relacionais são as que apresentam maiores níveis de satisfação. As que apresentam menores níveis são a Remuneração, Condições de Trabalho e Saúde e Segurança no Emprego, sendo que nesta última se registam diferenças significativas entre profissionais com diferentes tipos de vínculo. Verifica-se com 95% de confiança que existem diferenças significativas na dimensão da Segurança no Emprego, onde os profissionais com vínculo instável apresentam menores níveis de satisfação. Os profissionais com vínculo instável demonstram que este facto lhes trouxe consequências negativas ao nível pessoal e social.

Não existe significância na diferença entre os níveis da satisfação dos profissionais de saúde com diferentes vínculos.

**Palavras-chave:** vínculo laboral, satisfação profissional, hospital, prestadores de cuidados directos

## Abstract

Employment contract flexibility is becoming a reality with each passing day. In 2009, around 18% of the active population in Portugal had an unstable bond. In the institution where this study was conducted, 38.8% of the health professionals have this kind of arrangement.

This study was conducted in a district hospital with the participation of 103 direct care providers - operating assistants, nurses, doctors and technical diagnostic and therapeutic - that were given a self-response questionnaire. Through this questionnaire, the levels of satisfaction of the professionals with different types of employment bond were compared.

It was concluded that the most valued dimensions are relational and work and health conditions. Work security appears in the middle of the table. Contrary to what studies say, autonomy and power were less valued. Professionals with an unstable bond give greater importance to safety.

The relational dimensions are those with higher levels of satisfaction. Those with lower levels are the wages, working conditions and health and safety in employment, where in health and safety in employment show significant differences between professionals with different types of employment bond. We can verify with a 95% confidence interval that there are significant differences in the work safety dimension, where professionals with unstable employment bonds present lower levels of satisfaction. Professionals with an unstable employment bond show that this fact brought them negative consequences at the personal and social level.

There is no significant difference between the levels of satisfaction of health professionals with different types of employment bond.

**Keywords:** employment status, professional satisfaction, hospital, direct care providers

## SUMÁRIO

	Pág.
Agradecimentos .....	III
Resumo .....	IV
Abstract .....	V
Sumário .....	VI
Índice dos Quadros .....	VIII
Índice das Figuras .....	IX
1 – <u>INTRODUÇÃO</u> .....	11
2 – <u>ESTADO DA ARTE</u> .....	14
2.1 - SATISFAÇÃO PROFISSIONAL .....	14
2.1.1– <b>Motivação</b> .....	16
2.1.2– <b>Modelos explicativos da satisfação</b> .....	18
2.1.3– <b>Consequências dos baixos níveis de satisfação</b> .....	19
2.1.4– <b>Satisfação em unidades de saúde</b> .....	20
2.1.5– <b>Escalas de avaliação da satisfação</b> .....	25
2.2 – VÍNCULO LABORAL .....	28
2.2.1– <b>História do vínculo laboral</b> .....	28
2.2.2 – <b>Vínculo laboral em unidades de saúde</b> .....	32
2.2.3 – <b>Tipos de vínculo laboral</b> .....	38
2.3 – INSTITUIÇÃO HOSPITALAR .....	40
3– <u>METODOLOGIA</u> .....	42
3.1 – TIPO DE ESTUDO .....	42
3.2 – LOCAL E PERÍODO DE COLHEITA DE DADOS .....	43
3.3 – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO .....	44
3.4 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS .....	46
3.5 – RECOLHA DE DADOS .....	48
3.6 – ANÁLISE DOS DADOS .....	50
3.7 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	51
4 – <u>RESULTADOS</u> .....	53
4.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA .....	53
4.2 – SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DA AMOSTRA .....	54
4.3 – SATISFAÇÃO PROFISSIONAL E VÍNCULO LABORAL .....	62

5	– <u>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</u> .....	65
5.1	– IMPORTÂNCIA DAS 8 DIMENSÕES .....	66
5.2	– NÍVEIS DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL .....	69
5.3	– SATISFAÇÃO PROFISSIONAL SEGUNDO O VINCULO LABORAL .....	73
5.4	– TESTE DE HIPÓTESES .....	75
5.5	– LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....	78
6	– <u>CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES</u> .....	80
7	– <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u> .....	83

## ANEXOS

ANEXO 1: HISTÓRIA DA SAÚDE EM PORTUGAL

ANEXO 2: AUTORIZAÇÕES

ANEXO 3: QUESTIONÁRIO

ANEXO 4: DOCUMENTAÇÃO DE DIVULGAÇÃO

ANEXO 5: IMPORTÂNCIA DAS DIMENSÕES

ANEXO 6: SATISFAÇÃO POR DIMENSÕES

ANEXO 7: NÍVEIS DE SATISFAÇÃO GLOBAL

ANEXO 8: NÍVEIS DE SATISFAÇÃO POR DIMENSÕES SEGUNDO OS  
DIFERENTES TIPOS DE VÍNCULO LABORAL

## Lista dos Quadros

Quadro 1: Dimensões da satisfação profissional

Quadro 2: Caracterização da população segundo o grupo profissional

Quadro 3: Caracterização da amostra segundo o género

Quadro 4: Caracterização da amostra segundo os intervalos de idade

Quadro 5: Caracterização da amostra segundo as habilitações literárias

Quadro 6: Caracterização da amostra segundo o grupo profissional

Quadro 7: Caracterização da amostra segundo o tipo de vínculo laboral

Quadro 8: Importância das 8 dimensões da satisfação

Quadro 9: As 3 dimensões mais importantes, segundo os grupos profissionais

Quadro 10: Níveis de satisfação dos profissionais de saúde

Quadro 11: Níveis da satisfação, segundo os grupos profissionais

Quadro 12: Grau de importância das dimensões da satisfação profissional segundo o tipo de vínculo laboral

Quadro 13: Níveis de satisfação profissional segundo o vínculo laboral

Quadro 14: Níveis de satisfação profissional, por dimensão, segundo o vínculo laboral

Quadro 15: Média da satisfação profissional por grupo profissional e vínculo laboral

Quadro 16: Respostas à questão 7 do grupo 3 – *Se lhe fosse oferecido um contrato por tempo indeterminado, numa instituição de concelho para desempenhar as funções que desempenha actualmente, aceitaria?*



**Quadro 17:** Respostas à questão 8 do grupo 3 – *Sente que este tipo de vínculo a levou a adiar alguns projectos pessoais, que não teria adiado se tivesse um contrato por tempo indeterminado?*

**Quadro 18:** Respostas à questão 9 do grupo 3 – *Alguma vez sentiu algum tipo de discriminação face aos colegas que têm um contrato por tempo indeterminado?*

**Quadro 19:** Satisfação profissional segundo as dimensões na instituição hospitalar e Centro de Saúde

**Quadro 20:** Satisfação profissional segundo o vínculo laboral

**Quadro 21:** Teste de t – satisfação profissional

**Quadro 22:** Níveis médios de satisfação da dimensão Segurança no Emprego segundo o vínculo laboral

**Quadro 23:** Teste de t para amostras independentes - Dimensão da segurança no Emprego

## Lista das Figuras

**Figura 1:** Roda da Qualidade de Heskett

**Figura 2:** Ciclo motivacional

**Figura 3:** Pirâmide de Maslow

**Figura 4:** Modelo explicativo da satisfação centrado no indivíduo

**Figura 5:** distribuição dos diferentes vínculos laborais pelos grupos profissionais

**Figura 6:** Histograma da importância da dimensão Segurança no Emprego

**Figura 7:** Diagrama de extremos e quartis do nível de satisfação da dimensão Autonomia e Poder

**Figura 8:** Diagrama de extremos e quartis do nível de satisfação da dimensão Condições de Trabalho e Saúde

**Figura 9:** Diagrama de extremos e quartis do nível de satisfação da dimensão Realização Pessoal e Profissional e Desempenho Organizacional

**Figura 10:** Diagrama de extremos e quartis do nível de satisfação da dimensão Relação Profissional/Utente

**Figura 11:** Diagrama de extremos e quartis do nível de satisfação da dimensão Relações de Trabalho e Suporte Social

**Figura 12:** Diagrama de extremos e quartis do nível de satisfação da dimensão Remuneração

**Figura 13:** Diagrama de extremos e quartis do nível de satisfação da dimensão Segurança no Emprego

**Figura 14:** Diagrama de extremos e quartis do nível de satisfação da dimensão Status e Prestígio

## 1 – INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Gestão da Saúde, na área de especialidade de Gestão de Unidades Clínicas, no qual é proposta a realização de um projecto de investigação científico.

O tipo de vínculo laboral é cada vez mais uma preocupação tanto para os trabalhadores como para os gestores, sendo frequentes as medidas que apoiam a vulgarmente chamada “flexissegurança” dos postos de trabalho, prática de gestão que consiste na contratação de profissionais nos períodos em que são necessários e a sua dispensa ou requalificação nos períodos em que a empresa não necessita deles.

A área da saúde tem características específicas, onde o profissional de saúde é dominante face ao utente. A relação terapêutica sempre foi, e continua a ser, uma relação de poder, assimétrica e desigual. No entanto, há hoje uma tendência para o *empowerment* do utente de modo a que este seja gradualmente detentor de mais informação e conhecimento, pelo que, ao recorrer aos serviços de saúde, torna-se mais exigente para com os cuidados prestados e o profissional que os presta.

Apesar destas características, também na área da saúde está a recorrer-se à *flexibilidade* dos postos de trabalho no sentido de diminuir os custos de produção. Todos estes factos afectam de algum modo o nível de satisfação dos profissionais de saúde, podendo ter repercussões na qualidade dos cuidados prestados.

Sendo esta uma preocupação emergente e havendo diversas instituições capacitadas para a sua creditação, é então premente o estudo da satisfação dos profissionais de saúde, visto este ser um dos factores que pode influenciar a qualidade dos cuidados.

Durante a Licenciatura em Enfermagem a satisfação profissional foi uma temática que me despertou interesse e agora na minha actividade como enfermeira hospitalar penso muitas vezes onde vão estes profissionais buscar

motivação que lhes permita continuar a sua actividade, apesar das adversidades com que se deparam diariamente.

Na instituição de saúde onde desempenho funções existem profissionais com iguais habilitações académicas, a desempenhar semelhantes funções, mas com diferentes tipos do vínculo laboral. Cerca de 38,8% dos prestadores de cuidados directos têm vínculo laboral instável. Esta situação levou-me a reflectir acerca da existência de relação entre o tipo de vínculo laboral e o grau de satisfação destes profissionais de saúde.

O tema escolhido para aprofundar o conhecimento é a Satisfação dos Profissionais de Saúde. Sendo um tema muito vasto e que se pode relacionar com inúmeras áreas, decidi optar por associar ao vínculo laboral.

Desta forma, e devido a todos os factores actuais que a influenciam, parece-me importante o estudo da satisfação dos profissionais de saúde e a relação desta com os vínculos laborais. Assim, classifiquei-os de instáveis, visto esta diferenciação ser uma realidade cada vez mais actual.

É então fundamental definir a questão de partida para a elaboração deste trabalho de investigação:

- Qual a relação entre os níveis de satisfação profissional e o tipo de vínculo laboral nos profissionais de saúde, prestadores de cuidados directos, numa instituição hospitalar distrital?

No sentido obter resposta, surge este trabalho que se divide em 5 grandes partes, sendo elas, o estado da arte, a metodologia, os resultados e a sua análise e as conclusões que resultam dessa análise.

Deste modo foi feita uma prévia pesquisa bibliográfica acerca da temática de modo a reunir os pareceres de outros autores, no sentido de inferir o estado da arte e os resultados obtidos por outros estudos, definindo os conceitos centrais – satisfação e vínculo laboral – e uma analogia entre eles. Segue-se uma parte introdutória ao trabalho de campo, onde é realizada uma resenha histórica acerca dos hospitais portugueses e as alterações significativas que ocorreram ao longo dos tempos.

Este capítulo é precedido pelo capítulo metodológico em que é feita uma caracterização do estudo onde é enunciada a hipótese em ser testada, da instituição e do período e colheita de dados, e da população em estudo. Segue-se a descrição do instrumento de colheita de dados, o processo utilizado para essa colheita e os procedimentos mobilizados para a sua análise.

No capítulo dos resultados serão descritos alguns dos resultados obtidos e a sua análise face aos obtidos por outros autores, será também validada, ou não, a hipótese colocada.

Estas três grandes partes são compostas por uma introdução e termina na conclusão onde serão enunciadas as limitações inerentes a este tipo de estudo, as conclusões obtidas com a sua realização e as sugestões para futuros estudos.

## 2 – ESTADO DA ARTE

### 2.1 – SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

A palavra satisfação tem a sua origem no latim, *satisfactiōne*, que se decompõe em *Satis* que significa bastante, suficiente, e *Facere* da qual deriva o fazer. Da junção de ambas as fracções no sentido lato resulta: *fazer bastante ou o suficiente* (Dicionário Porto Editora, s.d. e Merriam Webster Dictionary, s.d.).

Satisfação é então uma emoção, o que torna difícil a sua avaliação directa, contudo, é possível aferi-la através de escalas de avaliação das atitudes do indivíduo.

A satisfação inclui três componentes, a afectiva, a cognitiva e a comportamental. Esta diversidade pode tornar difícil a sua avaliação (Pina e Cunha, 2007 e Graça s.d.).

As definições de satisfação profissional são inúmeras, tal como o número de estudos acerca da temática, que começou por preocupar humanistas e filósofos, alargando a área de interesse ao longo do tempo (Soares, 2007).

Actualmente, é uma preocupação preferencial dos gestores das instituições e profissionais relacionados com a gestão de recursos humanos, sendo que também é alvo de estudo de psicólogos, sociólogos, entre outros (Soares, 2007).

A diferença nas definições existentes, baseia-se essencialmente na perspectiva adoptada pelo seu autor, para a análise desta problemática (Soares, 2007).

Os primeiros estudos acerca da satisfação surgem com Hoppck em 1935, com o lançamento do seu livro *Job Satisfaction*. No entanto, a definição mais conhecida surge em 1976 com Locke que define satisfação laboral como *um estado emocional positivo ou de prazer, resultante da avaliação do trabalho ou expectativas proporcionadas pelo trabalho* (Pina e Cunha, 2007: 180).

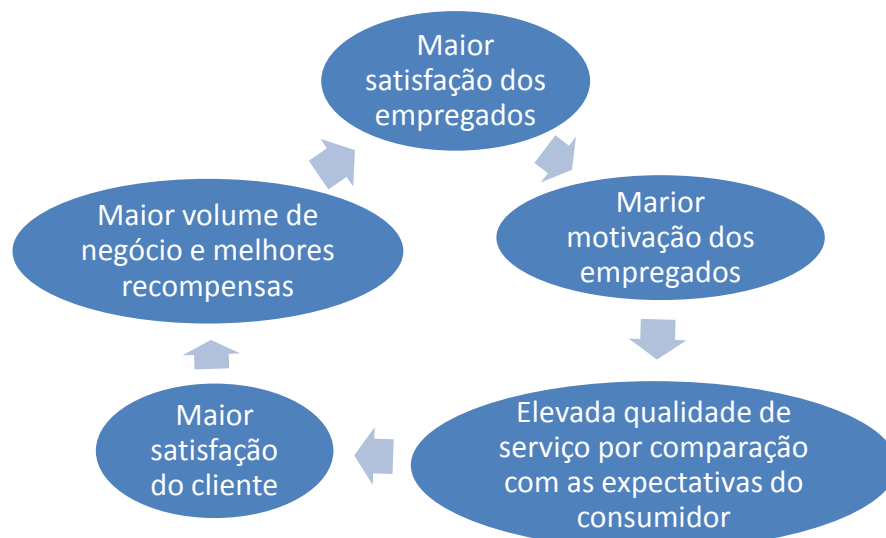
Os primeiros estudos indicavam que quanto mais elevada fosse a sua remuneração, mais elevada seria a sua satisfação. Mais tarde, demonstrou-se que as pessoas estavam motivadas para trabalhar de modo a satisfazer as

necessidades sentidas e não necessariamente pelo rendimento obtido (Soares, 2007).

O estudo da satisfação laboral é um instrumento de trabalho frequentemente escolhido pelos gestores das instituições devido à crença de que um trabalhador satisfeito é mais produtivo, contudo, nos estudos realizados, nem sempre se verifica esta relação. Apesar da dificuldade em encontrar evidência científica que suporte esta crença, os estudos acerca da satisfação e desempenho conseguem demonstrá-lo cientificamente (Pina e Cunha, 2007).

A dificuldade em encontrar evidência não foi só na relação satisfação produtividade, mas também na sua relação com o desempenho profissional, visto esta relação ser uma preocupação por parte dos gestores. Esta dificuldade estava associada à diferença no conceito utilizado pelos gestores e investigadores. Após a validação de conceitos foi possível encontrar significância estatística. Dos resultados obtidos, visíveis na Fig. 1, resulta a chamada *Roda da Qualidade*, desenvolvida por Heskett que estabelece a relação entre satisfação dos profissionais, qualidade dos serviços prestados e satisfação dos clientes, sendo que esta se aplica essencialmente a empresas de prestação de serviços (Pina e Cunha, 2007:196).

Figura 1: Roda da Qualidade de Heskett, adaptado de Pina e Cunha, 2007



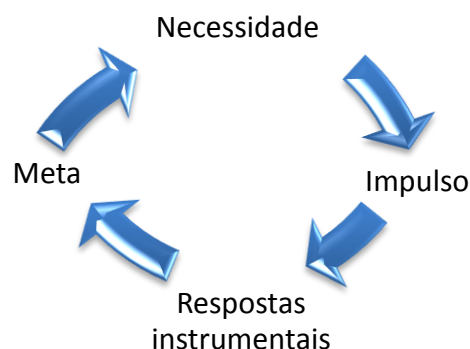
### 2.1.1– Motivação

A relação entre o termo satisfação e motivação é frequente e por vezes são considerados sinónimos, no entanto esta constatação não é verdadeira. Um trabalhador pode estar satisfeito com o seu trabalho mas não estar motivado, ou estar motivado mas não satisfeito (Pina e Cunha, 2007).

Assim, motivação é definida como *um conjunto de forças que mobilizam e orientam a acção de um organismo em direcção a determinados objectivos* (Monteiro, 1999: 252).

Ao transportar a definição acima referida para o ser humano, a motivação é assim o que nos leva a colmatar uma necessidade sentida, como a Fig. 2 indica (Monteiro, 1999).

Figura 2: Ciclo motivacional, adaptado de Monteiro, 1999



É então esquematizado o processo do denominado Ciclo Motivacional, em que o indivíduo detecta uma necessidade, sente o impulso para a satisfazer, recorre a respostas instrumentais para alcançar a sua meta e uma vez satisfeita essa necessidade segue para a seguinte (Monteiro, 1999).

As motivações podem ser de vários tipos, conforme consta na fig. 3:

- Fisiológicas – como a fome, o sono, entre outros
- Sociais – adquiridas no processo de socialização do indivíduo, como a afiliação, a realização e a necessidade de poder



- Cognitivas – Associadas à necessidade de informação e de conhecimento
- Combinadas – que resultam da combinação de necessidades fisiológicas e outras resultantes da aprendizagem ao longo da vida, tendo como exemplo o comportamento sexual, o comportamento maternal, entre outros (Monteiro, 1999).

No sentido de hierarquizar as necessidades sentidas pelo indivíduo, é então criada a conhecida Pirâmide de Maslow, que tem o nome do seu autor.

Figura 3: Pirâmide de Maslow, adaptado de Monteiro, 1999



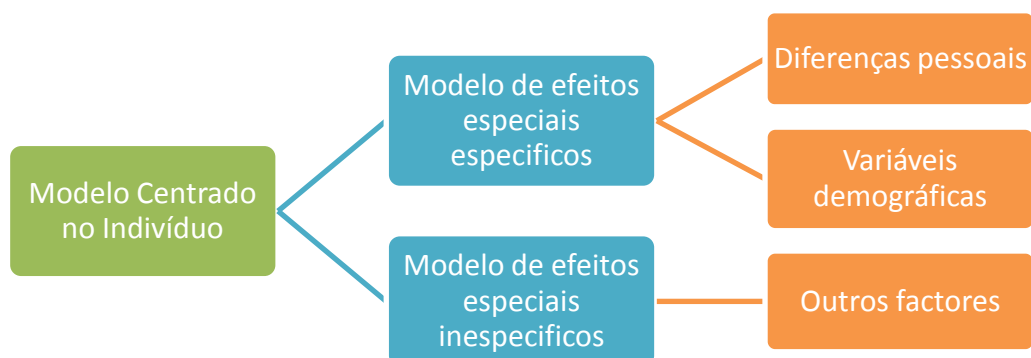
Segundo o autor, as necessidades da base serão as primeiras a satisfazer, e só quando isso acontecer é que o indivíduo faz o levantamento das necessidades do estadio seguinte. Deste modo, as necessidades fisiológicas - o comer, beber, entre outras – serão as prementes para o indivíduo que irá centrar-se na sua satisfação. Uma vez satisfeitas estas necessidades, o indivíduo poderá passar para o nível seguinte, a segurança e assim sucessivamente, até chegar ao topo da pirâmide, às necessidades de auto-realização (Monteiro, 1999).

### 2.1.2 – Modelos explicativos da satisfação

Os modelos explicativos da satisfação laboral são inúmeros, sendo que podem dividir-se em três grandes grupos, sendo eles: o modelo centrado no indivíduo, demonstrado na Figura 4, o modelo centrado nas situações e os modelos interaccionais.

O primeiro divide-se em modelo dos efeitos pessoais específicos e modelo dos efeitos pessoais inespecíficos. O modelo de efeitos pessoais específicos inclui os estudos que verificam a relação entre a satisfação e factores pessoais que podem derivar de diferenças individuais ou variáveis demográficas (Pina e Cunha, 2007).

**Figura 4:** Modelo explicativo da satisfação centrado no indivíduo, adaptado de Pina e Cunha, 2007



Apesar do número de estudos realizados, a correlação entre a satisfação e os diferentes tipos de factores pessoais ou é fraca, ou então os resultados desses estudos são, de algum modo, refutáveis (Pina e Cunha, 2007).

O modelo de efeitos pessoais inespecíficos, tal como o nome indica, tenta verificar a relação entre a satisfação e os factores pessoais, sem fazer a sua enumeração e distinção (Pina e Cunha, 2007).

De um modo geral, ambos os modelos apresentam lacunas e resultados refutáveis, pelo que surge a necessidade de associar a este tipo de trabalho os

factores situacionais dando origem ao segundo modelo enumerado – o modelo centrado nas situações. Do resultado destes estudos foi possível estabelecer três grandes categorias que a influenciam: o clima organizacional, as características do trabalho e a informação social (Pina e Cunha, 2007).

Apesar de estar menos centrado no indivíduo este modelo ainda foi considerado incompleto pelo que surge então o terceiro modelo – modelo interaccional. Este pressupõe a parte interior do indivíduo – a pessoa - e a parte exterior – a situação. Deste modo, não defende nenhum dos modelos anteriores por si só, mas sim, a conjugação de ambos, tornando o estudo da satisfação mais completo. Este modelo não inclui apenas o indivíduo como o responsável pelos seus níveis de satisfação, nem apenas o ambiente externo, esquecendo a individualidade de cada ser. Apesar de aparentemente ser o mais completo para o estudo desta temática, é também o mais complexo pelo que carece ainda da sua validação empírica, sendo que os estudos que mobilizam este modelo são ainda escassos (Pina e Cunha, 2007).

Deste modo, as causas da satisfação podem ser de 2 tipos: pessoais e organizacionais. No primeiro, estão incluídos os factores demográficos e diferenças individuais. Os factores organizacionais incidem sobre a remuneração, o trabalho, perspectivas de carreira, o estilo da chefia, os colegas e as condições físicas (Pina e Cunha, 2007).

### **2.1.3 – Consequências dos baixos níveis de satisfação**

Os baixos níveis de satisfação dos trabalhadores podem ter como consequências quatro opções comportamentais, sendo elas:

- A saída do trabalhador;
- A voz, em que o trabalhador mantém-se no seu posto de trabalho mas expressa constantemente o seu desagrado face à situação experienciada;
- A lealdade, em que o trabalhador permanece na instituição, mas tem uma atitude passiva;

- A negligência, em que o trabalhador permanece, mas desinteressa-se pelas suas funções negligenciando o seu trabalho (Pina e Cunha, 2007).

#### 2.1.4 – Satisfação em unidades de saúde

O utente que recorre a um serviço de saúde, pelo seu estado já entra fragilizado reagindo, por vezes, de forma abrupta a qualquer acção que julgue ameaçá-lo ou ao familiar que acompanha. O profissional por vezes está exposto a acções e reacções de violência física e psicológica. A existência destes tipos de violência terá, certamente, um contributo negativo para a satisfação do profissional de saúde (Lancman, 2009).

O profissional de saúde é exposto a violência física directa e por vezes assiste a este tipo de violência infligida ao seu utente por terceiros. A violência verbal e pressões psicológicas por parte dos utentes, familiares e até dos próprios colegas de trabalho, são também frequentes.

Segundo estudos realizados estes indivíduos podem sofrer alterações psicológicas que nem sempre resultam numa demonstração patológica. No entanto, esta não é uma área muito explorada pelo que só agora começa a surgir algum investimento nesta temática (Lancman, 2009).

Alguns dos estudos realizados acerca desta temática revelam que estes tipos de violência têm uma relação negativa com os níveis de satisfação dos profissionais de saúde, podendo originar situações de ausência prolongada por parte do profissional de saúde, ou mesmo abandono do local de trabalho ou carreira profissional (Lancman, 2009).

Os profissionais de saúde têm de desempenhar as suas funções com recursos humanos e materiais que por vezes não são os suficientes. Devido às dificuldades económicas que o sector da saúde atravessa, verifica-se que o rácio profissional de saúde/utente é muitas vezes inferior ao recomendado. Por

vezes, também os materiais escasseiam ou são utilizados os de menor qualidade para diminuir os custos inerentes à produção dos cuidados.

Associada a esta escassez de recursos surge agora um aumento do grau de exigência do utente, que é cada vez mais um indivíduo informado dos seus direitos e todas estas pressões recaem sobre o profissional.

Os factores que influenciam os níveis de satisfação são inúmeros, tal como os estudos que os tentam enumerar. Um desses estudos refere que os seguintes factores têm consequências negativas na qualidade da assistência prestada e na satisfação dos profissionais de saúde:

- A falta de qualificação;
- Os baixos salários;
- O número insuficiente de recursos humanos;
- A elevada exposição a factores de risco para a saúde;
- A convivência de profissionais na mesma instituição com

diferentes vínculos laborais (Cordeiro e Azambuja cit. por Junior, 2009).

No mesmo estudo verificou-se que em consonância com estudos anteriores, os profissionais de saúde das instituições públicas estão menos satisfeitos do que os das privadas. Esta situação deve-se às diferenças das condições de trabalho entre estes tipos de instituições. Na primeira verifica-se uma predominância os factores acima enunciados, o que parece justificar esta diferença (Junior, 2009).

Um outro estudo pretende verificar a relação entre o stress e a rotatividade laboral, com a satisfação e o nível de compromisso dos enfermeiros com a instituição. Neste, verifica-se que a rotatividade laboral permite ao funcionário um conhecimento de diferentes serviços e uma aquisição de mais competências. No entanto, o prolongamento desta situação tem consequências negativas para o profissional de saúde, para a sua vida familiar, entre outros aspectos, pois esta situação não representa uma promoção laboral ou aumento do rendimento (Ho, 2009).

O mesmo autor refere que existe uma relação positiva entre a satisfação laboral e o sentimento de compromisso com a instituição (Ho, 2009).

Em suma, este estudo conclui que:

- Existe uma relação negativa entre o stress e o sentimento de compromisso com a instituição e com os níveis de stress;
- A rotatividade laboral tem uma relação positiva com satisfação laboral dos enfermeiros e com o sentimento de compromisso laboral;
- A satisfação laboral dos enfermeiros e o sentimento de compromisso laboral têm uma relação positiva entre si (Ho, 2009).

Os estudos encontrados incidem sobre os grupos de profissionais de saúde mais representativos na área da saúde: os enfermeiros e os médicos. Através da sua análise é possível verificar que os factores que influenciam os níveis de satisfação são diferentes consoante a carreira em que o profissional se insere.

Camerino (2008), realizou um estudo que pretende verificar se existe diferenças relativamente ao abandono da profissão entre enfermeiras em início de carreira e no final que acerca do abandono da profissão por parte dos enfermeiros. Nele refere que, apesar destes manterem a sua capacidade laboral, existem factores que influenciam este fenómeno, nomeadamente: a insatisfação laboral, a diminuição do compromisso com a instituição e a exaustão laboral.

O autor conclui que as enfermeiras mais novas tendem a procurar mais formação, melhores condições de trabalho, mesmo que para isso tenha que mudar de instituição. As enfermeiras mais velhas tendem a sair antecipadamente do mercado de trabalho (Camerino, 2008).

Apesar das expectativas por parte do autor em provar que o abandono estava associado à insatisfação laboral, tal não se verificou nos enfermeiros em início de carreira nem nas enfermeiras em final de carreira (Camerino, 2008).

Este facto pode ser justificado com a possível relação não com a satisfação sentida no presente mas com as expectativas futuras dos seus níveis de satisfação, que deste modo contribuem para o abandono da carreira (Camerino, 2008).

A autonomia é apresentada como o factor com maior impacto nos níveis de satisfação dos enfermeiros comparativamente com factores extrínsecos como os salários (White, 2008).

A capacidade de *empowerment* do enfermeiro e a sua participação no processo de tomada de decisão são factores que contribuem para a retenção dos enfermeiros na instituição (White, 2008).

Estudos mobilizados referem uma relação positiva com os níveis de satisfação laboral dos enfermeiros com os seguintes factores: autonomia, sentimento de dever cumprido e desafio diário associado ao desenvolvimento do seu trabalho (White, 2008).

Este estudo apresenta 3 categorias resultantes da sua avaliação:

- A luta pela identidade nos enfermeiros – a voz colectiva;
- Valorização da autonomia;
- Procura do reconhecimento pelo trabalho desenvolvido (White, 2008).

Outro estudo realizado revela que a transição da escola para a vida profissional, para os enfermeiros, gera alguns conflitos internos pois a realidade da vida profissional não corresponde às expectativas criadas durante o curso (Daehlen, 2008).

Os níveis de satisfação tendem a ser semelhantes nos diferentes grupos de profissionais de saúde, quer sejam médicos, enfermeiros, ou outros (Daehlen, 2008).

Kalleberg (1997), refere que existe insatisfação laboral quando existe uma diferença entre o que as pessoas idealizam do trabalho e o que recebem realmente. Nos enfermeiros essa diferença está associada aos seus ideais de trabalho criados durante o período de formação e a realidade com que se confrontam ao iniciar a sua actividade laboral (Daehlen, 2008).

Enquanto estudantes a preocupação com a remuneração vai aumentando (Daehlen, 2008).

É frequente que os baixos níveis de satisfação tenham como consequência o abandono da carreira (Daehlen, 2008).

Um dos factores que pode contribuir para um ajustamento entre as expectativas criadas e a realidade laboral é a socialização no local de trabalho, se esse processo tiver sucesso, os níveis de satisfação irão aumentar (Daehlen, 2008).

Muitas vezes todo esse processo é acompanhado de mudanças na vida pessoal que podem potenciar este processo, como por exemplo: casamento, aquisição de casa, entre outros (Daehlen, 2008).

Não é só nos enfermeiros que ocorre este fenómeno mas também nos outros profissionais de saúde (Daehlen, 2008).

Na Noruega os profissionais de saúde recém-formados, habitualmente, apenas conseguem contratos de curta duração, o que contribui de forma negativa para os níveis de satisfação (Daehlen, 2008).

Inicialmente, existia uma teoria que associava a satisfação a valores intrínsecos e a insatisfação a valores extrínsecos, no entanto, as novas teorias refutam esta ideia, sendo que a satisfação resulta da interacção entre ambos (Daehlen, 2008).

As diferenças nos níveis de satisfação são portanto multifactoriais (Daehlen, 2008).

O estudo conclui que elevados níveis de satisfação resultam de empregos estimulantes, independentemente da carreira do profissional de saúde (Daehlen, 2008).

Nos estudos realizados em profissionais da carreira médica, o nível de exaustão é enunciado como um factor que potencia a diminuição dos níveis de satisfação destes profissionais. Num desses estudos verificou-se que os que apresentam elevados níveis deste factor tendem a ser mais intolerantes aos maus resultados da sua prática e conseqüentemente menores níveis de satisfação (Kuhn, 2009).

Este estudo deixa ainda uma sugestão que um estudo que associe os níveis de satisfação dos utentes com os níveis de satisfação dos profissionais de saúde, visto que o desempenho dos segundos tem impacto na satisfação dos primeiros (Kuhn, 2009).



Lee (2008), no seu estudo refere que os níveis de satisfação dos médicos dos Cuidados de Saúde Primários estão associados a uma diminuição da autonomia, aumento da burocracia, diminuição do prestígio e aumento da pressão para observarem cada vez mais doentes. Este facto origina uma diminuição da qualidade dos cuidados prestados e uma consequente diminuição dos resultados em saúde (Lee, 2008).

Num estudo realizado em higienistas orais verificou-se que os seus níveis de satisfação são afectados por inúmeras componentes sendo de realçar a remuneração, a natureza do trabalho, a autonomia, a supervisão, a diversidade de tarefas, a relação entre pares de trabalho, tempo, *status* profissional e políticas das organizações (Santos, 2008).

Nos estudos realizados, verificou-se que as diferenças incidem não só nos grupos profissionais, mas também no género, os profissionais do género feminino tendem a estar mais satisfeitos que o género masculino pois:

- As mulheres têm, expectativas mais baixas, o que aumenta os seus níveis de satisfação;
- Devido a toda uma cultura antepassada com a entrada tardia no mundo laboral, ainda não estão habituadas a expressar a sua insatisfação;
- As mulheres valorizam diferentes características no trabalho em relação aos homens (Lee, 2008).

Assim, a melhor forma de garantir melhores cuidados e com mais qualidade é avaliar os níveis de saúde dos profissionais de saúde e verificar onde se pode melhorar estes níveis. Este aumento dos níveis de satisfação laboral irá reflectir-se nos cuidados prestados e consequentemente em melhores resultados em saúde (Lee, 2008).

#### **2.1.5 – Escalas de avaliação da satisfação**

Devido à dificuldade de mensurar este comportamento é frequente a utilização de escalas utilizam a diferença entre as expectativas do trabalhador e

a realidade das condições de trabalho para obterem o nível de satisfação dos funcionários (Pina e Cunha, 2007).

Na realização deste trabalho optei pela escala de Graça, 1999, que tem como base para o cálculo da satisfação dos profissionais de saúde, a diferença entre as expectativas e a realidade experienciada pelo trabalhador. Esta escala avalia os níveis de satisfação em 8 dimensões distintas: autonomia e poder; condições de trabalho e saúde; realização pessoal e profissional e desempenho organizacional; relação profissional/utente; relações de trabalho e suporte social; remuneração; segurança no emprego; *status* e prestígio (ver Quadro 1).

Quadro 1: Dimensões da satisfação profissional, adaptado de Graça, 1999

DIMENSÃO	CONCEITO
Autonomia e poder	Margem de poder e de liberdade que o profissional de saúde tem no exercício das suas funções, dentro dos constrangimentos impostos pela especificidade da prestação de cuidados de saúde, da organização e do sistema de saúde onde está inserido (neste caso, na instituição hospitalar do Serviço Nacional de Saúde (SNS)). Inclui a oportunidade de participação na organização e funcionamento dos serviços.
Condições de trabalho e saúde	Inclui: (a) o ambiente físico e psicossocial de trabalho com implicações na saúde, segurança e bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores; (b) a existência de serviços, programas e actividades orientadas para a prevenção dos riscos profissionais, a vigilância e a promoção da saúde; (c) o nível de informação e de formação no domínio da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho.
Realização pessoal e profissional e desempenho	Concretização das possibilidades de desenvolvimento pessoal e profissional, o que decorre em grande medida das oportunidades e desafios colocados pela organização onde se trabalha, da profissão que se tem (ou da carreira),

organizacional	do conteúdo e da organização do trabalho, etc. A realização pessoal e profissional está assim, associada ao próprio desempenho organizacional da instituição hospitalar.
Relação Profissional/utente	Basicamente, as interações humanas positivas que se estabelece entre os profissionais e os utentes da instituição hospitalar, incluindo a relação terapêutica.
Relações de trabalho e suporte social	O conjunto das relações de trabalho (hierárquicas, funcionais e cooperativas) que os profissionais de saúde estabelecem uns com os outros, a nível interno e externo. Inclui o suporte social que pode (e deve) ser dado pela direcção da instituição hospitalar, pelos pares e demais colegas de trabalho.
Remuneração	As recompensas extrínsecas com expressão pecuniária, directa (em espécie) ou indirecta (em géneros) que o profissional de saúde recebe pelas funções que exerce, incluindo o vencimento - base e as outras remunerações complementares (por exemplo, horas extraordinárias, ajudas de custo, gratificação de chefia). Inclui a percepção da equidade dessas recompensas em função do desempenho, da qualificação, etc.
Segurança no emprego	A garantia de estabilidade em relação não só à função (ou cargo) que actualmente desempenha na instituição hospitalar como em relação ao futuro da sua carreira profissional e do seu vínculo ao SNS.
Status e prestígio	O prestígio socioprofissional que decorre da profissão, da carreira profissional e da organização onde se trabalha, incluindo a auto-estima, a consideração manifestada pelos utentes, a imagem externa da instituição hospitalar, etc.

O somatório das 8 dimensões é representativo dos níveis de satisfação laboral do profissional de saúde.

## 2.2 – VÍNCULO LABORAL

Nesta parte do trabalho serão utilizadas duas nomenclaturas diferentes relativamente ao mesmo tipo de vínculo: precário e instável. Este facto deve-se à literatura consultada de língua inglesa utilizar a expressão *precarious Job*, traduzida por emprego precário. No entanto, na nossa sociedade a palavra precariedade está frequentemente associada a movimentos sindicais. Assim, não querendo dar este tipo de conotação e tornar-me a mais isenta possível em relação a esta questão, a expressão precariedade surgirá quando se trata de tradução de artigos consultados, sendo que nos restantes capítulos será utilizada a nomenclatura de vínculo laboral instável.

Ao longo da nossa história ocorreu um período em que o vínculo laboral era considerado estável e os trabalhadores assumiam funções numa instituição pública sendo considerado “um emprego para a vida”, mas nem sempre foi assim (Campo e Cunha, 2006 e Redinha, 1998) .

### 2.2.1 – História do vínculo laboral

De modo a fazer face às necessidades actuais surgiu a expressão de “flexibilidade” laboral acarretando mudanças positivas e negativas, consoante o indivíduo seja funcionário ou empregador (Campo e Cunha, 2006 e Redinha, 1998). Na Europa surgiu o conceito de *flexissegurança*, definindo empregos flexíveis mas seguros para o trabalhador (Kim, 2008). Os empregadores justificam que este processo tem repercussões positivas na vida dos empregados (Bohle, 2004).

Assim, os vínculos deixaram de ter um carácter estável ou com limite indeterminado, passando a ser delimitados por um período determinado no tempo, possibilitando ao empregador recrutar mais profissionais quando é necessário e dispensá-los quando a tarefa está concluída.

No entanto, o vínculo laboral tem vindo a sofrer alterações, se fizermos uma retrospectiva verificamos que anteriormente a 1974 era comum o

pagamento ser feito à jorna, ou à semana, sendo que grande parte da população laborava nas actividades primárias (Graça, 2000).

Após a revolução de 25 de Abril houve a criação de associações de trabalhadores que procuravam melhorar as condições de trabalho, nomeadamente na indústria. A legislação foi mudando, criou-se o Código do Trabalho que ao longo dos tempos também tem sofrido mudanças, no sentido de se adequar às realidades sociais e laborais do país (Graça, 2000).

Ao contrário da maioria dos estudos consultados, existe um que demonstra que os nutricionistas mais satisfeitos são os que têm contratos mais precários. Este revela ainda que 65% destes profissionais trabalha em clínicas privadas e com vínculos laborais precários (Rodrigues, 2007).

A precariedade laboral associada ao desempenho de funções em consultórios é o vulgarmente denominado de trabalho independente. Este tipo de trabalho permite a estes profissionais um maior nível de autonomia no seu trabalho e consequentemente um aumento dos níveis de satisfação laboral. Deste modo, é considerado como precário pois os profissionais de saúde não têm um vencimento mensal garantido, oscilando consoante os seus níveis de produção. Esta situação remete para a importância da definição e dos critérios de inclusão dos trabalhadores considerados com vínculo laboral precário (Rodrigues, 2007).

Como a definição de precariedade laboral ou vínculo instável é diferente consoante a região do país e de país para país é assim fundamental a definição dos critérios utilizados (Arenillas, 2006).

De acordo com a Fundação Europeia, no ano de 2000, empregado com vínculo laboral precário é definido como um indivíduo que se sente inseguro acerca do seu emprego ou tem um contrato temporário com termo certo. A mesma instituição acrescenta ainda que cerca de 30% dos europeus estão em situação precária laboral (Benavides, 2000).

Assim, será considerado trabalho com vínculo laboral instável, todo aquele que tem uma duração previamente definida com duração igual ou

inferior a um ano, ou que apesar de não ter o seu termo definido se preveja que será de duração não superior a um ano.

Segundo um estudo realizado, a vasta oferta de profissionais de saúde que pretendem entrar no mercado, potencia a precariedade dos vínculos laborais, tornando-os cada vez mais uma realidade (Arenillas, 2006 e Rodrigues, 2007). Rodrigues (2007) refere que como o mercado de trabalho não cresce de forma proporcional ao nível de trabalho, gera-se um excesso de profissionais, de uma dada profissão o que permite uma diminuição da segurança dos contratos realizados.

Na União Europeia, em 1997, 15% dos empregos remunerados eram com vínculo laboral precário, e a previsão é que estes números têm vindo a aumentar (Benavides, 2000 e Bohle, 2004).

Nesse estudo verificou-se que as maiores percentagens de trabalhadores com vínculo laboral precários se verificam em Espanha, com 40%, e França, com 22% e as mais baixas no Luxemburgo e Áustria, ambos com 9% (Benavides, 2000).

Os resultados deste estudo revelam que Espanha, Grécia e Portugal são os países com menores percentagens de empregados com vínculo laboral permanente, sendo os seus valores 40,5%, 36,2% e 47,2%, respectivamente (Benavides, 2000).

Os piores resultados em saúde registaram-se também nesses três países, sugerindo que os trabalhadores com vínculo laboral precário tendem a apresentar piores resultados em saúde (Benavides, 2000).

Os trabalhadores com vínculo laboral precário têm propensão a ter piores condições de trabalho e maior número de acidentes de trabalho (Benavides, 2000). Uma forma de justificar este facto é apresentado noutro estudo que revela que os equipamentos de protecção individual de trabalho são fornecidos aos trabalhadores com vínculo estável, enquanto os outros têm que adquirir o seu equipamento (Kim, 2008).

O emprego precário na Europa tem sido associado a aspectos negativos na saúde e na segurança dos trabalhadores (Bohle, 2004).

Também em Portugal, segundo Figueira (2010), se verifica esta tendência, segundo um estudo realizado, em cada 10 novos empregos, 9 são considerados precários e raramente evoluem para um tipo de contrato com vínculo permanente. Habitualmente estes novos empregos são atribuídos aos mais jovens e aos que possuem maiores qualificações (Figueira, 2010).

O mesmo estudo revela que os empregos mais estáveis são os mais altos cargos das empresas, que geralmente são ocupados por trabalhadores mais velhos e menos qualificados (Figueira, 2010).

Toda esta situação tende a desincentivar as novas gerações a concluir o ensino obrigatório ou a prosseguir os seus estudos, visto que os mais qualificados e mais novos tendem a ter uma maior instabilidade laboral. Este facto poderá trazer consequências negativas para o futuro do nosso país, se não forem tomadas medidas de incentivo à qualificação dos trabalhadores e melhorados os vínculos laborais dos mais qualificados (Figueira, 2010).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística, em Portugal no ano de 2009, 18% da população empregada por conta de outrem tinha um contrato a termo. O mesmo estudo revela que não existe diferença significativa entre o género destes trabalhadores, distribuindo-se de forma semelhante. Contudo, se verificarmos os dados relativos ao continente e às regiões autónomas, existe uma disparidade nos dados, sendo que existe uma predominância significativa deste tipo de contrato no continente (Instituto Nacional de Estatística, 2009).

Segundo dados dos sindicatos, os contratos precários atingem cerca de 70 mil trabalhadores no nosso país, representando cerca de 10% dos funcionários públicos (Watson, 2010).

Ainda assim, as previsões apontam para um aumento desta situação, sendo que o orçamento do estado contempla um aumento das verbas disponibilizadas para este fim. Considerando que não é expectável um aumento dos ordenados este ano, nem admissão de trabalhadores para os quadros do Estado, este aumento, possivelmente representa a contratação de

mais empregados com este tipo de vínculo para substituição dos que vão saindo, ficando estes a desempenhar funções permanentes mas com contrato a termo (Gonçalves, 2010).

Num estudo realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (2010), verifica-se que a tendência é para que quem tenha um contrato com vínculo a termo o mantenha, não evoluindo, na maior parte das situações, para um contrato sem termo. Este vem reforçar a ideia lançada, de que a tendência é que o indivíduo que tenha um contrato a termo, dificilmente evolui para uma situação laboral mais estável (Instituto Nacional de Estatística, 2010). Um outro autor refere no seu estudo realizado com neurologistas, que um em cada 2 destes profissionais permanece com contrato precário 5 anos após a conclusão da especialidade (Arenillas, 2006).

A confirmar esta ideia surgem diariamente nos nossos jornais diários notícias que nos alertam para esta situação. Uma delas refere que são milhares os licenciados do nosso país que se encontram desempregados e quando conseguem obter um emprego, enfrentam ainda alguns anos de precariedade laboral. O mesmo artigo refere que cada vez são mais comuns os contratos, de por exemplo, cinco dias, ou as horas extraordinárias que não são pagas mas acumuladas num banco de horas e que pela situação precária em que o trabalhador se encontra acaba por não as exigir com receio de ser penalizado (Watson, 2010).

### **2.2.2 – Vínculo laboral em unidades de saúde**

A utilização de subcontratação é cada vez mais frequente nas cadeias de *fast-food*, restaurantes e hotéis, sendo que no nosso país se verifica também na área da saúde (Bohle, 2004). Nesta as mudanças também são visíveis, por exemplo, ocorre um aumento do recrutamento de médicos nos períodos de férias e assistimos agora ao recrutamento de enfermeiros para reforçar equipas devido à actual pandemia da Gripe A, que posteriormente são dispensados. No entanto, não são apenas estes profissionais que se



encontram com este tipo de vínculo laboral, existem também alguns a desenvolver actividade permanente.

Esta instabilidade no vínculo laboral tem impacto ao nível pessoal do profissional e ao nível das equipas, devido à constante rotatividade dos seus elementos, o que implica novas integrações, adaptações e socializações e por vezes, quando a equipa recupera novamente o equilíbrio sai um outro elemento e inicia-se novo processo.

Esta diferenciação de vínculos dentro da mesma instituição pode gerar conflitos entre as equipas pois origina também alterações na forma como os seus direitos são geridos. Um exemplo desta situação é a marcação do período de férias, pois os profissionais contratados a termo certo têm que usufruir dos seus dias de férias até ao final do contrato, não podendo dispor esses dias ao longo do ano conforme lhes convir. Os colegas que têm um contrato com termo indeterminado e que desempenham as mesmas funções, podem escolher quando usufruem dos seus dias, não estando limitados aos prazos dos contratos.

Segundo um sociólogo, Watson (2010) a precariedade tem impacto económico e social, tendo muitas vezes como consequência o aumento dos casos de depressão que só traz ainda mais despesa para o empregado e para a sua rede social.

As mulheres com empregos cujo vínculo laboral é precário são frequentemente expostas a trabalhos considerados pesados, ou que exijam maior esforço físico (Kim, 2008).

A patologia associada ao género feminino pode ser explicada com marginalização das mulheres detentoras um vínculo laboral precário na Coreia do Sul, o que as coloca sob um maior nível de stress, potenciando assim o risco de desenvolvimento de patologia mental (Kim, 2008).

Estudos realizados e compilados por Kim (2008), referem que a precariedade do vínculo laboral tem também consequências físicas para o trabalhador, sendo de referir os problemas músculo-esqueléticos, aumento do *stress* psicossocial e da mortalidade.

Um estudo realizado por Arenillas (2006), com neurologias revela que há o risco destes jovens desenvolverem condutas defensivas face à realidade, aceitando o desemprego ou subcontratação, diminuindo as expectativas profissionais ou aceitando a situação como uma etapa normal.

Estes profissionais acabam por aceitar desenvolver as suas actividades a baixo custo, com uma deficiente protecção social e escasso reconhecimento da sua carreira (Arenillas, 2006).

Mais de 80% dos estudos realizados indicam que o vínculo laboral precário tem um impacto negativo na saúde ocupacional e no sentimento de segurança por parte dos trabalhadores (Bohle, 2004).

Os trabalhadores com vínculo laboral precário tendem a ter um menor controlo sobre o número de horas trabalhadas, trabalhando mais do que o contratualizado o que gera um conflito entre o trabalho e a vida pessoal. Estes factores têm consequências negativas para os níveis de saúde destes trabalhadores (Bohle, 2004).

Estes trabalhadores tendem a ser maioritariamente do género feminino, e a apresentarem menores níveis de satisfação com o seu trabalho. Este facto deve-se essencialmente a uma diminuição da satisfação relativa à segurança laboral (Kim, 2008).

Um estudo realizado com Kim (2008), indica que os homens que têm empregos com um tipo de vínculo temporário, têm maiores problemas músculo-esqueléticos que os outros detentores de um vínculo laboral estável. Este autor vai ao encontro dos resultados de outros estudos, e acrescenta que estes trabalhadores têm duas vezes mais probabilidade de falecerem com doenças associadas ao consumo de álcool (Kim, 2008).

Este sugere ainda a existência de uma relação positiva entre o emprego com vínculo precário e o estado de saúde e a existência de doenças crónicas nestes trabalhadores. Sendo que estas serão diferentes consoante o género: nos homens existe um domínio dos distúrbios músculo-esqueléticos e patologias do fígado e nas mulheres patologia do foro mental (Kim, 2008).

A fadiga, as dores nas costas e dores musculares têm uma tendência fracamente positiva com a precariedade laboral, reforçando a ideia do estudo anteriormente mencionado, de que estes trabalhadores tendem a desenvolver patologias músculo-esqueléticas (Benavides, 2000).

Esta diferença de patologias, consoante o género, associada ao vínculo laboral não são referidas noutros estudos, contudo os autores avançam com algumas hipóteses para as justificar, nomeadamente, as diferenças laborais existentes na Coreia do sul segundo os géneros (Kim, 2008).

As diferenças destes resultados podem estar associadas a diferenças culturais, económicas, legais e ao contexto político do mercado de trabalho de cada país. Deste modo, é fundamental considerar estas características quando se pretende efectuar uma comparação entre dados mobilizando resultados de estudos semelhantes, mas realizados noutros países ou regiões do mesmo país (Kim, 2008).

Outra das hipóteses que pode explicar estas diferenças entre os níveis de saúde dos empregados com vínculo laboral precário, face ao que possuem um vínculo estável, são o facto de os primeiros pagarem do seu bolso o *check-up*, quando o decidem fazer, enquanto os segundos fazem-no anualmente e gratuitamente. Assim, os trabalhadores com vínculo estável, tendem a ter uma maior vigilância da sua saúde podendo, ter a mesma propensão para as mesmas patologias, no entanto, a sua detecção precoce e início do tratamento potencia os seus níveis de saúde face aos outros (Kim, 2008).

Alguns estudos revelam que esta associação não só não é verdadeira, mas também que estes trabalhadores têm maiores níveis de saúde quando comparados com os trabalhadores com vínculo laboral estável (Kim, 2008).

De modo a desmistificar essa ideia foram realizados estudos que indicam que a associação entre piores níveis de saúde e o vínculo laboral precário poderia estar associado a condições socioeconómicas, contudo, ao filtrarem-se essas condições verifica-se que esta relação mantém-se (Kim, 2008).

Os trabalhadores com este vínculo tendem a ter 2 ou mais empregos, de modo a assegurar os rendimentos necessários para a sua subsistência, este facto aumenta exponencialmente os riscos para a sua segurança, quando comparados com os trabalhadores a tempo inteiro. Por este motivo os trabalhadores com este tipo de vínculo tendem a revelar maiores níveis de cansaço (Bohle, 2004).

Um estudo realizado com nutricionistas por Rodrigues (2007), revelou que 59% destes profissionais têm 2 ou mais empregos, o que reforça a ideia do estudo anteriormente referido que este tipo de trabalhadores tende a procurar vários empregos de modo a obter os rendimentos necessários para a sua subsistência.

Alguns investigadores referem que o emprego precário e o *part time* não são consequência de uma escolha deliberada por parte do empregado, mas sim uma consequência involuntária, especialmente para os jovens indivíduos do género feminino (Kim, 2008).

Os factores como o stress e o absentismo tendem a ser mais elevados nos trabalhadores com vínculo laboral permanente (Benavides, 2000).

Não se registam alterações significativas dos resultados em saúde entre trabalhadores com vínculo precário, mas com diferentes cargas horárias, ou seja, quer trabalhem a *part-time* ou a tempo inteiro (Benavides, 2000).

Os trabalhadores com este tipo de vínculo apresentam maiores níveis de insatisfação e menores níveis de absentismo, apesar de não ser possível prová-lo, estes resultados podem estar associados à falta de segurança no trabalho (Benavides, 2000).

O vínculo laboral precário está, portanto relacionado com um sentimento de menor segurança (Kim, 2008).

Apesar de ser explicado com os resultados obtidos, verifica-se que a insatisfação comporta-se de forma inversa ao *stress*, ou seja, os trabalhadores mais insatisfeitos são os que apresentam menores níveis de *stress* e os menos insatisfeitos, maiores níveis (Benavides, 2000).

Apesar das regras que o proíbem, é frequente a utilização de trabalhadores contratados temporariamente a trabalharem a par com funcionários com contrato permanente (Kim, 2008).

A convivência de profissionais a desempenhar as mesmas funções, mas com vínculos laborais diferentes, a escassez de profissionais entre outros factores afectam a qualidade dos cuidados prestados e consequentemente a satisfação destes profissionais (Junior, 2009).

Os trabalhadores com vínculo laboral permanente tendem a ver os seus colegas, como adversários e encaminhar para eles os trabalhos piores, estas situações acontecem inclusivamente com conhecimento e apoio dos superiores hierárquicos. Este facto faz com que os profissionais com vínculo laboral instável sejam discriminados a vários níveis, quer pelos colegas com vínculo permanente, superiores hierárquicos e até mesmo socialmente (Kim, 2008).

Devido a todos estes factores, os trabalhadores com vínculo laboral precário tendem a considerar-se a eles próprios “cidadãos de segunda classe” (Kim, 2008).

Este tipo de contrato deve ser transitório e não para assegurar um posto de trabalho estável, o que não se verifica (Arenillas, 2006).

Um estudo realizado por Arenillas (2006), em jovens neurologistas revela que:

- 81,7 % dos jovens neurologistas estavam dispostos a mudar de local de trabalho para obter um contrato estável;
- O factor que mais pesa na escolha de um local de trabalho é a possibilidade de um contrato estável;
- 54 % aceitariam mudar de região do país para obter um contrato estável;
- 97% consideravam que a situação é de alguma forma problemática.

Tal como nos estudos acerca dos níveis de satisfação, também nestes se verifica que os profissionais das instituições públicas tendem a ter mais vínculos precários e com resultados mais baixos (Junior, 2009). Os indivíduos com este tipo de vínculo tendem a ter menores níveis de satisfação na segurança laboral e menor protecção social (Kim, 2008; Tomasi, 2008 e Junior, 2009).

Deste modo, e resumindo os resultados anunciados por outros autores, também neste estudo concluiu-se que o tipo de vínculo laboral e a autonomia são aspectos considerados importantes para os nutricionistas na selecção do seu local de trabalho (Rodrigues, 2007).

Assim, e apesar das limitações deste estudo, encontram-se indícios que revelam uma relação positiva entre a satisfação laboral e a precariedade laboral, enquanto o absentismo e o stress têm uma relação negativa com a precariedade laboral (Benavides, 2000).

### 2.2.3 – Tipos de vínculo laboral

Na instituição onde foi desenvolvido este estudo de caso existem essencialmente três tipos de contrato, sendo eles:

- Contrato por tempo indeterminado

Este tipo de contrato é assinado pelas duas partes, a entidade patronal e o funcionário, e serve para suprimir necessidades permanentes ou por tempo indeterminado da instituição.

O documento deve mencionar a duração do contrato enunciado a data a partir do qual vigorará. As partes devem ser devidamente identificadas.

Neste deve também ser explícita a actividade contratada, o local do trabalho, o período normal de trabalho, a remuneração.

Para a cessação do contrato por parte do funcionário, este deve informar a entidade empregadora com uma antecedência mínima de 30 a 60 dias, consoante desempenhe funções há dois ou mais anos (LegiX, s.d.).

- Contrato por tempo determinado

Este tipo de contrato destina-se a suprimir necessidades temporárias de uma instituição, ou seja a substituição de um trabalhador cuja ausência se insira nestes critérios específicos para a sua substituição, actividade sazonais, acréscimo inesperado de trabalho, necessidade para conclusão de um projecto específico sendo uma necessidade bem definida nas funções e tempo.

A duração destes pode ser variável, consoante a necessidade da instituição, sendo que não poderá exceder o período de três anos consecutivos. O contrato, desde que tenha um período inferior aos três anos, pode ser automaticamente renovado, por igual período, desde que a entidade empregadora não comunique a sua cessação ao funcionário num prazo máximo de 8 dias úteis que antecedem o seu *terminus*.

Ao exceder o limite máximo para este tipo de contrato, este considera-se por tempo indeterminado.

O contrato é celebrado por duas partes, a entidade empregadora e o futuro funcionário e nele devem constar: a identidade de ambas as partes, a categoria onde o profissional será inserido, a sua remuneração, o local e horário de trabalho, as datas de início e final do contrato e a justificação para a sua realização (Lei nº 23/2004, 22 de Junho de 2004).

- Contrato para prestação de serviços.

Neste tipo de contrato, o funcionário dispõe-se a prestar um serviço à entidade empregadora. Este tipo de contrato pode ser cessado por qualquer uma das partes assinantes, desde que nele não seja mencionado um objectivo ou resultado a obter com esta prestação, ou desde que não exista de forma indirecta um estabelecimento da sua duração (LegiX, s.d.).

## 2.3 – INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

As instituições hospitalares nem sempre foram como as conhecemos hoje. A sua evolução acompanhou as mudanças da sociedade e resulta de constantes adaptações às suas necessidades (Graça, 2000).

Inicialmente as diversas instituições dispersas pelo território destinavam-se essencialmente a acolher pobres e moribundos.

No final do século XV dá-se início à proliferação dos hospitais dirigidos pelas altas entidades do reino.

No decorrer do tempo foram ocorrendo mudanças um pouco dispersas que culminaram com a criação do Sistema Nacional de Saúde que pretende assegurar cuidados de saúde a toda a população. As necessidades deste Sistema foram alteradas e agora são cobradas pequenas quantias para aceder aos cuidados, denominadas de taxas moderadoras. Também os grupos profissionais foram-se organizando, subdividindo e especializando, dando lugar às equipas multidisciplinares que conhecemos actualmente (ver Anexo 1).

O utente foi-se também adaptando à evolução da sociedade sendo agora detentor de maior conhecimento e fazendo face à vulgarmente conhecida assimetria da informação entre utente e prestador.

Em Portugal existem cerca de 82 hospitais públicos não especializados que disponibilizam um total de 24.859 camas e cerca de 30 hospitais privados não especializados (Almeida, s.d.).

Todos eles, independentemente de serem públicos ou privados, têm na sua constituição equipas multidisciplinares onde se incluem médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica, administrativos, gestores, entre outras carreiras profissionais.

Segundo um estudo realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (2008), em Portugal os funcionários hospitalares dividiam-se da seguinte forma, cerca de 20% são médicos, 30% enfermeiros e os restantes 50% são de outras carreiras onde se incluem assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica, administrativos, farmacêuticos, entre outros.

Esta multidisciplinaridade permite desenvolver o trabalho de equipa de modo a diminuir o tempo de internamento e potenciar os resultados em saúde da nossa população.



Estes profissionais convivem diariamente nesta realidade algo complexa, com colegas de carreira com diferentes vínculos laborais e diferentes níveis de satisfação profissional, apesar de desempenharem as mesmas funções, é este o mote para o início do trabalho de campo relativo a este trabalho de investigação.

### 3 – METODOLOGIA

Este capítulo do trabalho é constituído por seis partes distintas, sendo elas:

- O tipo de estudo
- Local e período de colheita de dados
- Caracterização da população
- Instrumento de colheita de dados
- Recolha de dados
- Análise dos dados

#### 3.1– TIPO DE ESTUDO

Este trabalho tem como base a verificação da existência de relação entre duas variáveis: a satisfação profissional e o vínculo laboral e será aplicado a profissionais de saúde, prestadores de cuidados directos de uma instituição hospitalar distrital.

Deste modo, a satisfação profissional será considerada a variável dependente, pois é esta que representa o efeito presumido, e o tipo de vínculo laboral será considerado a variável independente pois é a suposta causa para as alterações do efeito, neste caso da satisfação (Fortin, 2000).

Como o trabalho se baseia na investigação da relação entre as duas variáveis acima referidas, pode dizer-se que se trata de um estudo correlacional (não experimental), descritivo. Assim, o investigador tem um papel passivo, não actuando como agente na investigação, limitando-se a recolher a informação disponibilizada pelos respondentes.

Visto que será utilizado o questionário como técnica de colheita de dados, este estudo insere-se no paradigma quantitativo que é um dos indicados para realizar estudos que determinam relações entre factores, nesta caso específico a relação entre a satisfação profissional e o tipo de vínculo laboral (Fortin, 2000).

Dada a natureza da temática em estudo, uma das metodologias recomendada é a quantitativa. Esta permite a análise de um elevado número

de participantes. Uma elevada taxa de participação permitirá que os resultados obtidos com a amostra se aproximem o mais possível com os resultados possíveis de extrapolar para a população (Fortin, 2000).

A questão de partida para o início deste trabalho é a seguinte:

- Qual a relação entre os níveis de satisfação profissional e o tipo de vínculo laboral nos profissionais de saúde, prestadores de cuidados directos, de uma instituição hospitalar distrital?

Por se tratar de um estudo num hospital distrital, poderá também considerar-se um estudo de caso, visto que se destina a um grupo de indivíduos bem definido.

A hipótese equacionada e à qual pretendo responder com este estudo de investigação é a seguinte:

- Os profissionais de saúde, prestadores de cuidados directos, com vínculo laboral instável, tendem a ter menores níveis de satisfação profissional em relação aos que possuem um vínculo laboral estável.

### 3.2 - LOCAL E PERÍODO DE COLHEITA DOS DADOS

Este estudo irá realizar-se em contexto hospitalar, numa instituição do distrito de Lisboa.

Esta instituição insere-se na categoria de hospital distrital e está em fase de transição, pois actualmente é uma Sociedade Público - Administrativa e em breve passará a ser alvo de uma parceria entre os sectores público/privado. As instalações são antigas e a nova gestão está também encarregue da construção das novas, noutra local.

O período de colheita de dados será de 18 de Março a 8 de Abril, no entanto, por coincidir com o período de férias escolares e se poder prever um menor número de profissionais ao serviço, coloca-se já a hipótese de

alargamento desse período por mais 2 semanas. No entanto, este alargamento não deve exceder em muito este limite para que seja possível o tratamento dos dados atempadamente.

Este adiamento veio a confirmar-se mas respeitando a data limite acima referida.

### 3.3 - CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

O número total de prestadores de cuidados directos é 550, como consta no Quadro 2.

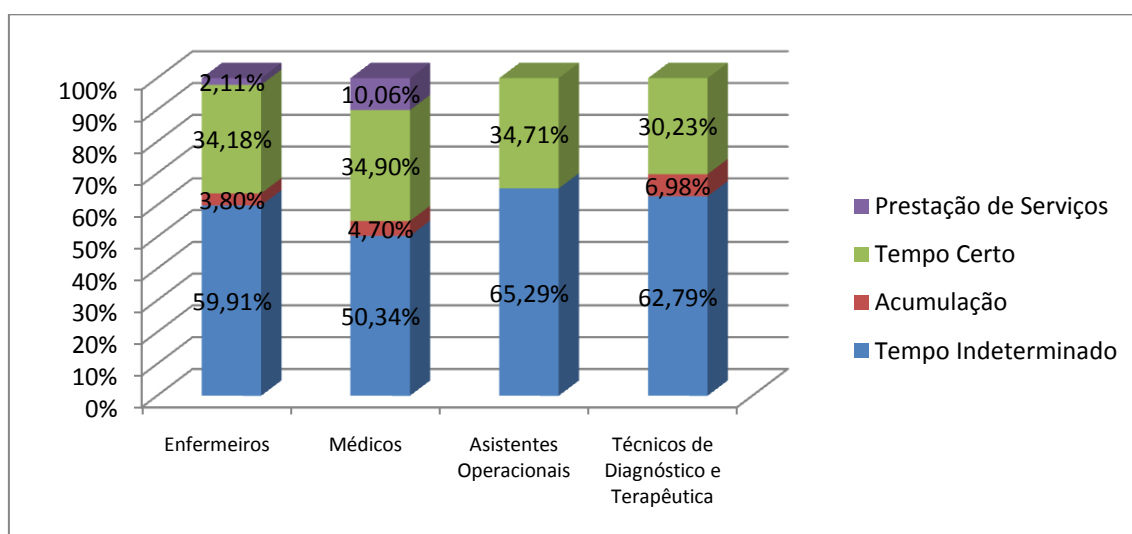
Quadro 2: Caracterização da população segundo o grupo profissional

Grupo profissional	Frequência	Percentagem
Assistente Operacional	121	22
Enfermeiros	237	43,1
Médicos	149	27,1
Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	43	7,8
Total	550	100,0

Destes dados é de salientar que o grupo mais representativo é o dos enfermeiros, seguidos dos médicos, assistentes operacionais e em menor número, os técnicos de diagnóstico e terapêutica.

Os profissionais de saúde da instituição distribuem-se da seguinte forma consoante o tipo de vínculo laboral, conforme conta na Figura 5.

Figura 5: Distribuição dos diferentes vínculos laborais pelos grupos profissionais (n=550)



Segundo a definição dos diferentes tipos de vínculo referidos no capítulo anterior irei considerar como vínculo instável o conjunto formado pelos contratos de termo certo e as prestações de serviços.

Deste modo, podemos verificar que no total dos 550 prestadores de cuidados directos, cerca de 342, distribuídos pelas quatro carreiras têm um vínculo laboral considerado estável e cerca de 208 um vínculo laboral instável, considerando o somatório entre os indivíduos com Contrato a Termo Certo e Prestação de Serviços. Estes dados indicam portanto, que cerca de 38,8% da população total tem um vínculo laboral instável. Segundo a carreira profissional, este tipo de vínculo tem o seu impacto da seguinte forma:

- 41,3% são enfermeiros
- 32,2% são médicos
- 20,2% são assistentes operacionais
- 6,3% são técnicos de diagnóstico e terapêutica

Assim, verifica-se que este grupo tem uma predominância de Enfermeiros, seguidos dos médicos e assistentes operacionais, sendo o grupo com menor número de indivíduos os técnicos de diagnóstico e terapêutica.

Esta é a população a quem será aplicado o questionário, sendo que o pretendido será obter o máximo número possível de respostas, divididas pelos diferentes grupos profissionais e com diferentes vínculos laborais.

A amostragem utilizada neste estudo será o método por conveniência, visto que serão apenas utilizadas as respostas disponíveis. Este método é dos mais utilizados, sendo também o mais fácil, rápido e barato (Hill, 2009). Dado o período de tempo disponível para a obtenção de respostas, as características destes grupos profissionais, onde é frequente uma taxa de resposta baixa e a ausência de qualquer patrocínio, este parece ser o tipo de metodologia de amostragem mais adequado.

Contudo, esta metodologia tem um problema é que se a amostra obtida não for representativa do Universo, não poderão ser feitas extrapolações dos resultados obtidos (Hill, 2009). Apesar deste facto, e tendo consciência da sua maior limitação é esta a metodologia que melhor se adequa ao contexto da realização deste estudo.

### 3.4 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A escolha do questionário está associada, mais uma vez ao fenómeno que se pretende estudar, a satisfação profissional, e devido ao volume de dados que serão tratados, visto que a população terá um número superior a 30 pessoas, este é o instrumento que melhor se adequa às necessidades do estudo (Fortin, 2000).

Assim, será utilizado um questionário de auto-administração que irá avaliar a satisfação dos profissionais de saúde, prestadores de cuidados directos.

O questionário utilizado será o de Avaliação da Satisfação dos Profissionais de Saúde, criado pelo Prof. Luís Graça (1999). Este foi criado e validado pelo autor, pelo que foi feito um pedido de autorização para a sua utilização neste estudo, o qual foi concedido (ver Anexo 2).

Este questionário foi desenvolvido para avaliar a satisfação dos médicos dos Cuidados de Saúde Primários, deste modo e para o adequar à realidade onde será aplicado, foram feitas as devidas alterações tanto na primeira como na segunda parte. Na terceira parte, onde é feita a caracterização do respondente, foram acrescentadas algumas questões que permitem validar a possível relação entre a satisfação e o vínculo laboral (ver Anexo 3).

Estas reformulações foram precedidas de algumas reuniões informais com profissionais de saúde e com o próprio autor do questionário, também orientador deste estudo de investigação, no sentido de verificar a clareza e adequação das questões a todos os grupos profissionais a que se destina.

Este questionário divide-se em três partes distintas:

- Na primeira parte são enunciadas as 8 dimensões utilizadas para a avaliação da satisfação: autonomia e poder; condições de trabalho e saúde; realização pessoal e profissional e desempenho organizacional; relação profissional/utente; relações de trabalho e suporte social; remuneração; segurança no emprego; *status* e prestígio. Nesta parte é pedido ao

respondente para ordenar as 8 dimensões em termos de importância motivacional, atribuindo os algarismos de 1 a 8, sendo o primeiro o mais importante e o segundo o menos importante. No entanto, é advertido de que não deverá repetir algarismos.

- Na segunda parte são apresentadas 48 afirmações distribuídas de forma aleatória para que as afirmações correspondentes a cada dimensão estejam dispersas. Cada afirmação tem duas respostas, a primeira, a A onde o respondente deve quantificar até que ponto o constante na afirmação deveria existir e a B onde deve dizer até que ponto existe na realidade. De modo a uniformizar o processo de quantificação ambas as respostas têm uma escala de 0 a 10, sendo que o 0 representa o mínimo e o 10 o máximo.

- A terceira parte do questionário refere-se à caracterização da amostra, existindo 3 questões que se destinam exclusivamente para quem tem um contrato com vínculo instável. Estas têm o objectivo de validar o grau de relevância que estes profissionais de saúde dão à dimensão da segurança laboral. Na penúltima questão o respondente é convidado a descrever, caso tenha vivenciado, uma ou as situações em que se sentiu alvo de discriminação.

Após a obtenção desta versão, o questionário foi submetido a um pré-teste, e respondido por 16 profissionais de saúde que diferiam nas seguintes características:

- Grupo profissional;
- Instituição hospitalar;
- Tipo de vínculo laboral.

A este grupo de pessoas foi pedido que para além de responderem ao questionário, via electrónica, me notificassem em relação a questões pouco claras ou de difícil compreensão, inadequação de questões à realidade hospitalar, tempo de preenchimento e alguma sugestão que quisessem fazer.

As notificações foram compiladas e feitas as devidas alterações na versão final que se aplicará aos prestadores de cuidados directos da instituição.

### 3.5 – RECOLHA DE DADOS

A intenção de realização deste estudo foi comunicada à minha superior hierárquica e a notícia foi recebida de bom grado, visto que faz parte do plano de actividades da instituição para este ano o levantamento dos níveis de satisfação profissionais dos seus profissionais de saúde.

Após a comunicação ao Conselho de Administração da Instituição, foi feito, por mim, um pedido formal dirigido ao mesmo órgão, no sentido de obter a sua autorização para realização do estudo na instituição, o mesmo foi obtido dias depois (ver Anexo 2).

Posteriormente foi realizada uma reunião com o Presidente do Conselho de Administração no sentido de apresentar a versão final do questionário e aferir os processos de divulgação, distribuição e entrega dos mesmos.

Nessa reunião ficou acordado que a mesma entidade emitirá, dias antes do início da colheita de dados, um despacho que irá chegar a todos os responsáveis de cada serviço, dos diferentes grupos profissionais, informando da realização do estudo, período de resposta, processo de resposta e a quem se destina. Estas entidades terão o dever de informar todos os seus subordinados afixando o mesmo documento em local visível e divulgando nos períodos de passagem de ocorrências e reuniões de serviço (ver Anexo 4).

Na véspera do início de recolha dos dados, será afixado junto a todos os modelos de ponto biométrico da instituição, uma cópia do despacho para que todos os profissionais ao assinalarem a sua entrada ou saída, o leiam. Nos mesmos locais serão disponibilizados, em pequenas bolsas, etiquetas com a denominação do *site* e período de preenchimento para que, quem pretender possa levar para casa e responder no momento mais oportuno (ver Anexo 4).

Em simultâneo, será enviado através do correio electrónico interno, para todos os prestadores de cuidados directos a informação constante no despacho emitido.

Os profissionais de saúde terão ao seu dispor duas formas de resposta ao questionário:



- Informática: acedendo ao *síte* indicado no despacho, respondendo e no final submetendo as respostas. Neste modelo existem alguns alertas, na primeira parte, em que o respondente não deverá repetir os números atribuídos, as respostas repetidas ficarão assinaladas a vermelho. No final do questionário, se existir alguma pergunta sem resposta, o profissional de saúde será alertado com uma pequena janela a informá-lo, no entanto, se for sua intenção não responder, poderá submeter na mesma as suas respostas. Estas irão directamente para uma base de dados de formato Excel, mantendo assim o direito à confidencialidade do respondente. Após a submissão das respostas será apresentada uma notificação no ecrã agradecendo a colaboração.

- Papel: imprimindo o questionário, preenchendo-o e fazendo chegar em envelope fechado aos locais indicados no despacho. Devido à falta de patrocínio não serão impressos questionário por mim, a menos que a escassez de respostas assim o justifique.

No final da primeira semana, será enviado para o correio electrónico interno de todos os prestadores de cuidados directos e afixado nos modelos de ponto biométricos, uma notificação, agradecendo a todos os profissionais que já responderam e apelando aos que ainda não o fizeram para o fazerem e divulgarem aos colegas (ver Anexo 4).

Como já foi referido anteriormente, por se tratar de um período de férias escolares, prevê-se o adiamento do final do período de resposta, sendo que este não deverá ultrapassar o final do mês de Abril, para que seja possível fazer o tratamento dos dados e a sua análise. Para a mobilização deste adiamento será utilizado como parâmetro decisivo, o número de respostas obtidas, sendo que o ideal seria cerca de 50% da população, embora considere esse número difícil de alcançar. Deste modo, será considerado que o número de respostas mínimas será aquele que permita a realização do estudo, considerando os diferentes grupos profissionais e a relação entre as variáveis (Hill, 2009).

Este adiamento será comunicado pelos dois meios acima referidos onde os profissionais serão informados do motivo deste adiamento.

Se a escassez de respostas assim o justificar, serão ainda impressos alguns questionários e disponibilizados junto dos modelos de ponto biométricos para que os profissionais possam levá-los e preenchê-los.

A par de todas estas medidas será feito contacto telefónico e deslocações pessoais aos serviços no sentido de apelar ao preenchimento do questionário e serão contactas “pessoas chave” de diversos serviços que irão ficar responsáveis por apelar aos colegas que respondam ao questionário.

No despacho existirá ainda informação de um endereço de correio electrónico, criado especificamente para o esclarecimento de qualquer tipo de dúvidas, às quais eu responderei em tempo útil.

Todos os questionários preenchidos em suporte de papel serão reunidos e introduzidos por mim, após o final do período de preenchimento, na base de dados, para que seja possível fazer a sua análise.

### 3.6 – ANÁLISE DOS DADOS

A base de dados compila todos os dados introduzidos em formato Excel. Esta está previamente preparada para fazer a codificação automática de algumas das respostas, nomeadamente as do grupo 3. No final a base de dados será convertida de modo a possibilitar a utilização do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), adequado para o tratamento estatístico de dados de estudos de ciências sociais.

Para a análise da primeira parte do questionário será realizada uma análise descritiva, verificando-se a média, o desvio padrão e os quartis, será também utilizado como forma de apresentação dos resultados, o histograma e um gráfico de dispersão que permitem verificar de forma clara a distribuição das respostas.

A segunda parte do questionário será analisada por fases devido à necessidade de criação de variáveis para uma correcta análise dos dados:

1 – Calcular a diferença entre as respostas A e B para cada uma das 48 afirmações, criando assim uma nova variável, correspondente ao nível de satisfação para cada uma das afirmações.

2 – Agrupar as respostas correspondentes às afirmações de cada uma das 8 dimensões avaliadas no primeiro quadro.

4 – Criar uma nova variável que calculará a média dos níveis de satisfação de cada dimensão, somando o nível de satisfação de cada afirmação dessa dimensão e dividindo pelo número de afirmações que permitem a avaliação de cada dimensão. Obtendo-se o nível de satisfação para cada uma das dimensões.

5– Criar uma nova variável que fará a média dos níveis de satisfação de todas as dimensões, obtendo-se o nível de satisfação geral.

Assim, será possível a análise de cada dimensão separadamente e dos níveis de satisfação geral dos profissionais de saúde, utilizando a análise descritiva acima referida.

As respostas à terceira parte do questionário serão codificadas e permitirão a comparação dos níveis de satisfação entre profissionais de saúde com vínculos laborais diferentes e se consoante a carreira profissional a relação entre a satisfação profissional e o vínculo laboral diferem.

As questões 7, 8 e 9 serão alvo também de uma análise descritiva, permitindo verificar se os profissionais com vínculos laborais considerados instáveis, valorizam realmente o tipo de vínculo como uma componente da satisfação. A alínea a) da questão 9 será alvo de uma análise de conteúdo, sendo que serão enumeradas as categorias mais descritas.

No final será aplicado um teste *t* para testar a hipótese enumerada, em que será aplicado à média dos níveis de satisfação dos profissionais de saúde com vínculo estável e instável. Os níveis médios de satisfação, relativos à dimensão Segurança no Emprego serão também alvo do mesmo teste para verificar se existe igualdade entre as médias.

### 3.7– CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Durante o desenvolvimento deste estudo, terei em consideração alguns dos direitos fundamentais do ser humano, que são essenciais para assegurar a protecção de todos os participantes da investigação. De entre esses direitos e princípios éticos envolvidos, tomarei todas as medidas necessárias para a não

violação do direito à autodeterminação, que tem como base o princípio do respeito pelas pessoas, na qual cada um é livre de escolher e decidir acerca da sua participação no estudo, devendo ser informada acerca das condições de realização do mesmo (Fortin, 2000).

O direito à autodeterminação, segundo a Ordem do Enfermeiros (2003), pressupõe que haja informação antecedente, para que os sujeitos possam fazer a sua decisão de forma livre e informada. Assim, os participantes deste estudo são informados da temática e dos objectivos do estudo, antes de serem recolhidas quaisquer informações acerca destes. Considerarei também o direito à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, garantindo que a identidade dos participantes não será divulgada, assim como algum tipo de dados e de informação recolhida, que não deverá ser exposta nem partilhada (Fortin, 2000).

## 4– RESULTADOS

De forma a melhor contextualizar os resultados obtidos é fundamental caracterizar a amostra obtida e só posteriormente se passará à análise das suas respostas.

No entanto, é de salientar que os resultados obtidos apenas se referem à amostra obtida, não podendo ser generalizados para qualquer população.

### 4.1– CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Das 103 respostas obtidas durante o período de colheita de dados posso referir o seguinte em relação ao género dos profissionais de saúde respondentes.

**Quadro 3:** Caracterização da amostra segundo o género (n=103)

	Frequência	Percentagem
Masculino	17	16,5
Feminino	86	83,5

Quanto à idade dos profissionais de saúde respondentes verificou-se a que mais de metade tinha 40 anos ou menos (Quadro 4).

**Quadro 4:** Caracterização da amostra segundo os intervalos de idade (n=103)

Idade	Frequência	Percentagem	Percentagens cumulativas
< 30	19	18,4	18,4
31-40	35	34,0	52,4
41-50	26	25,2	77,7
50	23	22,3	100

Relativamente às habilitações literárias, ocorreram algumas ausências de resposta, ainda assim, os prestadores que responderam distribuem-se da seguinte forma, segundo as categorias apresentadas no questionário.

Quadro 5: Caracterização da amostra segundo as habilitações literárias (n= 89)

Habilitações literárias	Frequência	Percentagem	Percentagens cumulativas
Até 12 ano	13	14,6	14,6
Licenciatura	51	57,3	71,9
Mestrado	2	2,2	74,2
Especialidade/Pós-graduação	23	25,8	100,0

Quanto ao grupo profissional, os prestadores de cuidados que responderam distribuem-se da seguinte forma.

Quadro 6: Caracterização da amostra segundo o grupo profissional (n=103)

Grupo profissional	Frequência	Percentagem
Enfermeira(o)	51	49,5
Médica(o)	17	16,5
Assistente Operacional	19	18,4
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	16	15,5

Em relação ao tipo de vínculo laboral a distribuição dos respondentes foi a representada no Quadro que se segue.

Quadro 7: Caracterização da amostra segundo o tipo de vínculo laboral (n=103)

	Frequência	Percentagem
Contrato com termo indeterminado	75	72,8
Contrato termo resolutivo	23	22,3
Prestação serviços	4	3,9
Outro	1	1,0

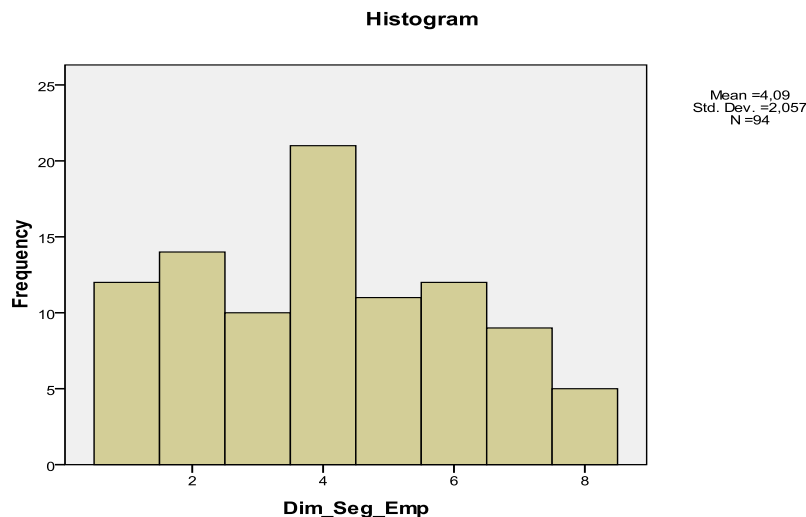
#### 4.2– SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DA AMOSTRA

Os resultados obtidos com a primeira parte do questionário, onde se verificou qual ordenação dada pelos respondentes às 8 dimensões segundo o seu grau de importância, sendo que o **1 foi considerado a mais importante e 8 a menos**. Assim, considerando os valores médios de cada dimensão verificou-se que a dimensão da segurança fica sensivelmente a meio do quadro, como se pode verificar com o Quadro que se segue.

	Autonomia e Poder (n=96)	Condições de Trabalho e Saúde (n=96)	Realização Pessoal e Profissional e Desempenho Organizacional (n=96)	Relação Profissional /Utente (n=96)	Relações de Trabalho e Suporte Social (n=96)	Remuneração (n=95)	Segurança no Emprego (n=96)	Status e Prestígio (n=95)
Média	4,71	3,79	3,53	3,73	4,46	4,36	4,14	6,33
Mediana	5,00	3,00	3,00	3,00	5,00	5,00	4,00	7,00
Moda	6	3	1	2 e 3	3	5	4	8
Desvio Padrão	2,171	2,152	2,031	2,105	2,026	2,183	2,065	2,126
Variância	4,714	4,630	4,125	4,431	4,104	4,764	4,266	4,520
Mínimo	1	1	1	1	1	1	1	1
Máximo	8	8	8	8	8	8	8	8
Percentis	25	3,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	5,00
	50	5,00	3,00	3,00	5,00	5,00	4,00	7,00
	75	6,00	6,00	5,00	5,75	6,00	6,00	8,00

Quadro 8: Importância das 8 dimensões da satisfação

Fazendo uma observação só da dimensão da segurança laboral verificou-se a seguinte dispersão de valores relativamente ao grau de importância atribuído pelos respondentes (ver Anexo 5).



Na resposta a esta parte do questionário, 7 indivíduos não responderam, sendo que os restantes 96 responderam e as suas

**Figura 6:** Histograma da importância da dimensão Segurança no Emprego

respostas variaram entre 1 e 8 em todas as dimensões.

A dispersão do grau de importância das dimensões segundo o grupo profissional foi a seguinte, considerando 1 a mais importante e 8 a menos importante.

**Quadro 9:** As três dimensões mais importantes, segundo os grupos profissionais

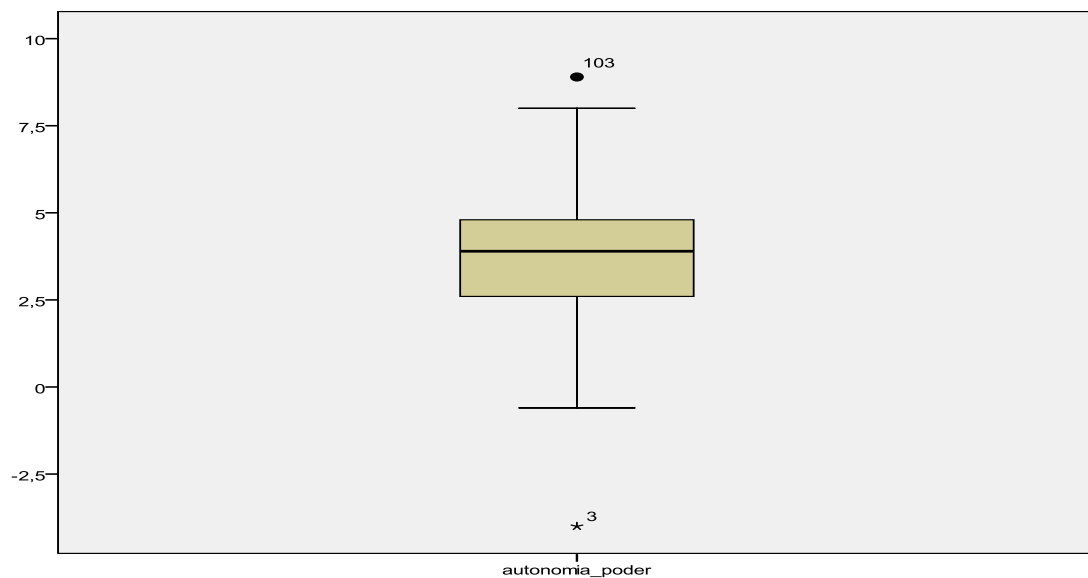
Grau de importância	Enfermeiros (n=48)	Médicos (n=16)	Assistentes Operacionais (n=19)	Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (n=13)
1	Realização pessoal e profissional e desempenho organizacional	Realização pessoal e profissional e desempenho organizacional	Relação Profissional/utente	Condições de trabalho e saúde
2	Relação Profissional/utente	Remuneração	Condições de trabalho e saúde	Relação Profissional/utente
3	Condições de trabalho e saúde	Relações de trabalho e suporte social	Segurança no emprego	Realização pessoal e profissional e desempenho organizacional

As respostas obtidas na segunda parte do questionário permitiram verificar o nível de satisfação para cada uma das dimensões e apuraram-se os seguintes resultados (ver Anexo 6). Os valores oscilam entre 10 e -3, sendo que



o primeiro representa os indivíduos menos satisfeitos e o segundo os mais satisfeitos. O seguinte diagrama de extremos e quartis demonstra a dispersão de resultados em relação à dimensão de autonomia e poder.

**Figura 7:** Diagrama de extremos e quartis do nível de satisfação da dimensão Autonomia e Poder



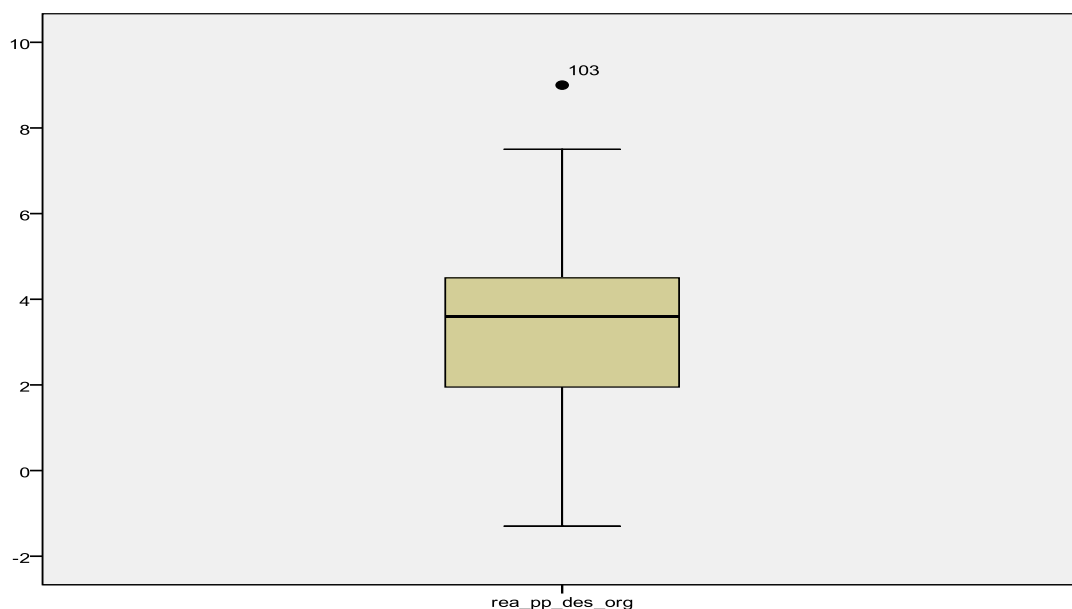
A dimensão das condições de trabalho e saúde obteve a seguinte dispersão de níveis de satisfação.

**Figura 8:** Diagrama de extremos e quartis do nível de satisfação da dimensão Condições de Trabalho e Saúde



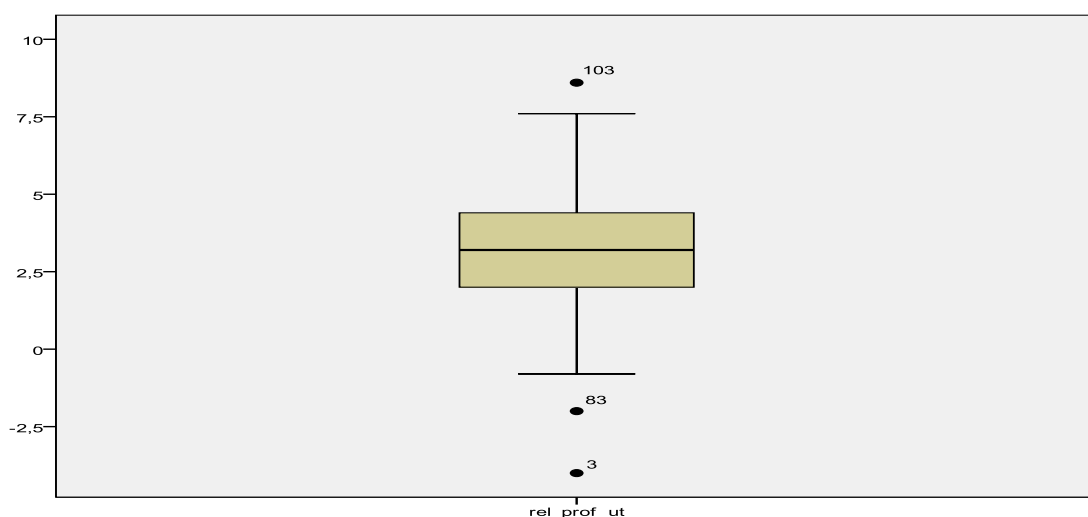
O diagrama abaixo representado revela o nível de satisfação dos respondentes em relação à dimensão realização pessoal e profissional e desempenho organizacional.

**Figura 9:** Diagrama de extremos e quartis do nível de satisfação da dimensão Realização Pessoal e Profissional e Desempenho Organizacional



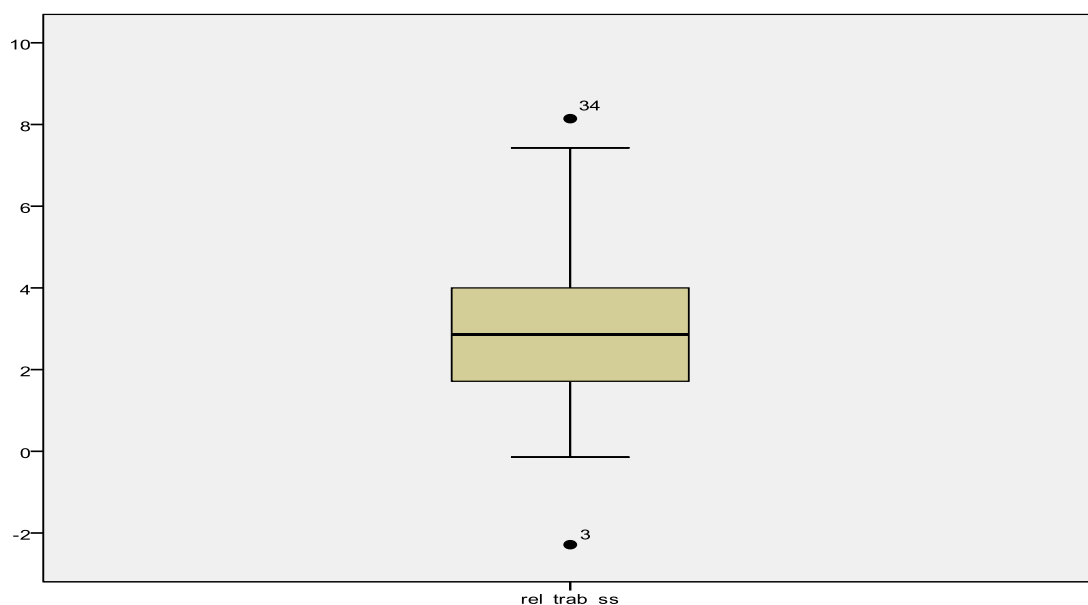
As respostas relativas à dimensão realização profissional/utente, foram as representadas no diagrama seguinte, considerando que os valores oscilam entre o 10 e 0 -3, sendo o primeiro o que representa o indivíduo menos satisfeito e o segundo o mais satisfeito.

**Figura 10:** Diagrama de extremos e quartis do nível de satisfação da dimensão Relação Profissional/Utente



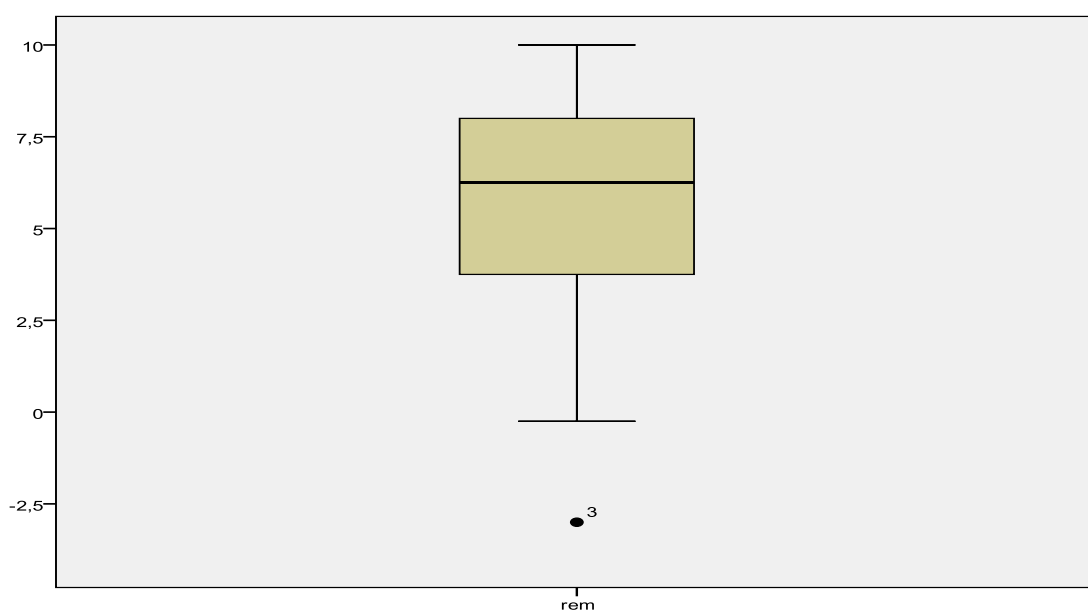
As respostas à dimensão relações de trabalho e suporte social foram as rerepresentadas no diagrama de extremos e quartis abaixo apresentado.

**Figura 11:** Diagrama de extremos e quartis do nível de satisfação da dimensão Relações de Trabalho e Suporte Social



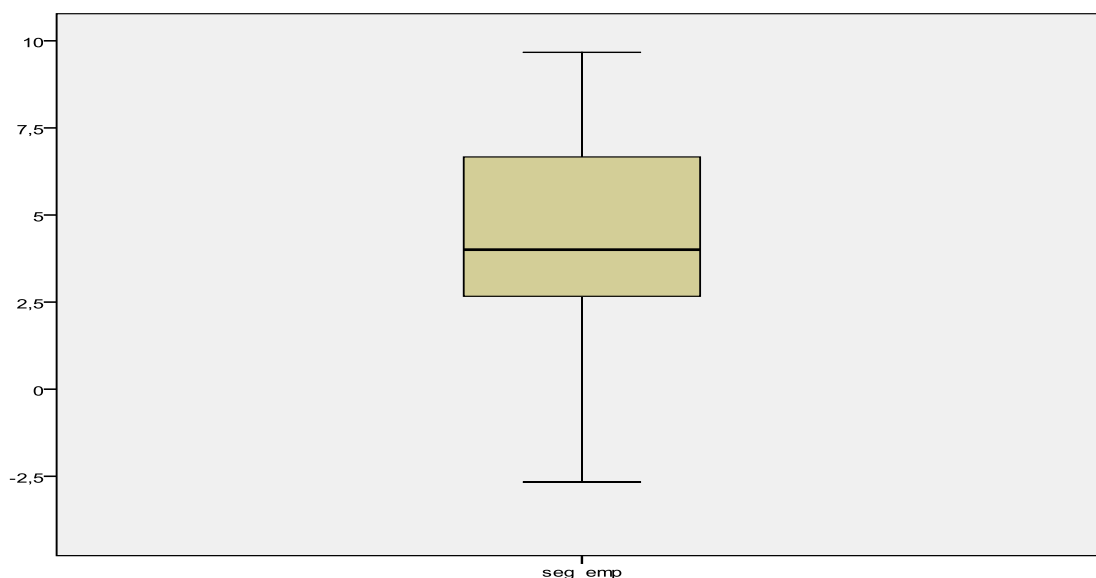
Os níveis de satisfação expressos em relação à dimensão remuneração foram os seguintes considerando que os valores oscilam entre o 10 e 0 -3, sendo o primeiro o que representa o indivíduo menos satisfeitos e o segundo o mais satisfeito.

**Figura 12:** Diagrama de extremos e quartis do nível de satisfação da dimensão Remuneração



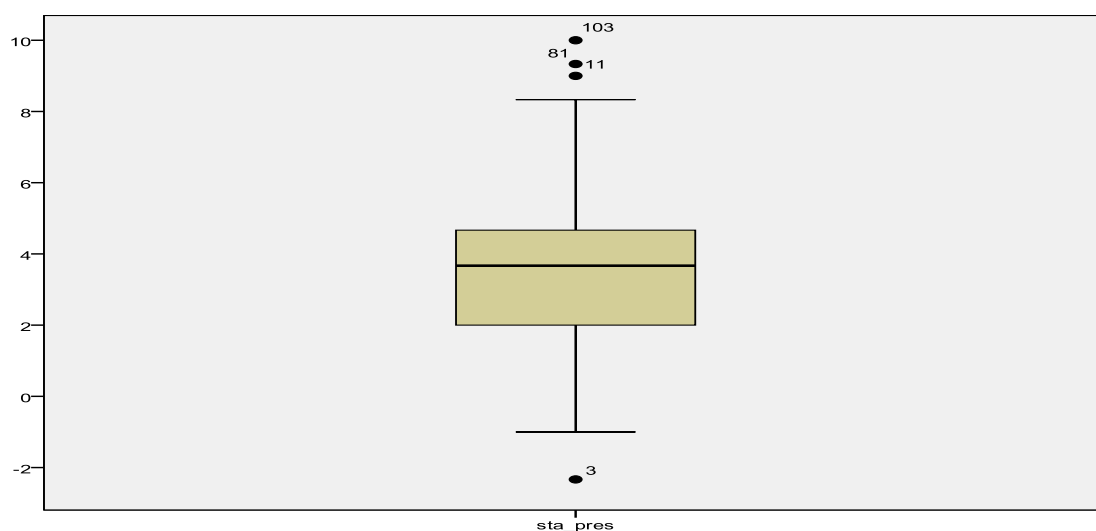
A dimensão segurança no emprego obteve os seguintes níveis de satisfação.

Figura 13: Diagrama de extremos e quartis do nível de satisfação da dimensão Segurança no Emprego



Os níveis de satisfação obtidos em relação à dimensão *status* e prestígio foram os representados no diagrama de extremo e quartis que se segue, considerando que os valores oscilam entre o 10 e 0 -3, sendo o primeiro o que representa o indivíduo menos satisfeito e o segundo o mais satisfeito.

Figura 14: Diagrama de extremos e quartis do nível de satisfação da dimensão Status e Prestígio



Assim verificou-se que o nível médio da satisfação dos profissionais de saúde, considerando a média das 8 dimensões analisadas, foi o representado na Quadro 10 (ver Anexo 7).

**Quadro 10:** Níveis de satisfação dos profissionais de saúde

Média	3,99
Mediana	4,03
Desvio padrão	1,858
Mínimo	-3
Máximo	9

Estes níveis de satisfação dispersam-se da seguinte forma segundo os grupos profissionais, sendo o número 1 a dimensão onde estão mais satisfeitos e no número 8 onde estão menos satisfeitos.

**Quadro 11:** Níveis de satisfação por grupo profissional (a *bold* estão registadas as dimensões onde os profissionais se encontram mais satisfeitos)

Dimensão	Enfermeiros (n=48)	Médicos (n=15)	Assistentes Operacionais (n=16)	Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (n=12)
Autonomia e poder	5	5	<b>3</b>	5
Condições de trabalho e saúde	6	8	7	7
Realização pessoal e profissional e desempenho organizacional	<b>3</b>	4	5	<b>3</b>
Relação Profissional/utente	<b>2</b>	<b>2</b>	4	<b>2</b>
Relações de trabalho e suporte social	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
Remuneração	8	7	8	8
Segurança no emprego	7	6	6	6
Status e prestígio	4	<b>3</b>	<b>1</b>	4

### 4.3 – SATISFAÇÃO PROFISSIONAL E VÍNCULO LABORAL

Considerando os dois tipos de vínculo laboral estudados, instável e estável, verificou-se que os profissionais de saúde agruparam as dimensões da seguinte forma segundo o seu grau de importância. Sendo que o 1 representa o mais importante e o 8 o menos importante (ver Anexo 8).

**Quadro 12:** Grau de importância das dimensões da satisfação profissional segundo o tipo de vínculo laboral (n=95)

Dimensão	Vínculo laboral estável (n= 70)	Vínculo laboral instável (n= 25)
Autonomia e poder	4,51	5,28
Condições de trabalho e saúde	3,94	3,36
Realização pessoal e profissional e desempenho organizacional	3,63	3,24
Relação Profissional/utente	3,65	3,96
Relações de trabalho e suporte social	4,48	4,40
Remuneração	4,40	4,24
Segurança no emprego	4,17	4,04
Status e prestígio	6,30	6,40

Verificaram-se os níveis de satisfação profissional segundo os dois tipos de vínculo considerados, estável e instável, obteve-se o seguinte.

**Quadro 13:** Níveis de satisfação profissional segundo o vínculo laboral (n=95)

Vínculo	N	Média	Desvio Padrão
Vínculo estável	75	3,79	1,787
Vínculo instável	20	4,55	1,978

No Quadro seguinte podemos verificar os níveis de satisfação dos profissionais de saúde relativamente a cada uma das dimensões avaliadas, segundo o seu tipo de vínculo laboral com a instituição, sendo que os valores apresentados referem-se à média obtida das respostas apuradas. Os valores

oscilam entre 0 e 10, sendo que o primeiro simboliza o totalmente satisfeito e o segundo o totalmente não satisfeito.

**Quadro 13:** Níveis de satisfação profissional, por dimensão, segundo o vínculo laboral (n=91)

Dimensões	Média da satisfação dos profissionais com vínculo laboral estável (n= 68)	Média da satisfação dos profissionais com vínculo laboral estável (n= 23)
Autonomia e poder	3,56	4,06
Condições de trabalho e saúde	4,77	4,60
Realização pessoal e profissional e desempenho organizacional	3,38	3,80
Relação Profissional/utente	3,28	3,29
Relações de trabalho e suporte social	2,90	3,27
Remuneração	5,73	5,64
Segurança no emprego	4,05	6,11
Status e prestígio	2,27	4,06

Analisando os níveis de satisfação dos diferentes grupos de profissionais de saúde segundo o tipo de vínculo laboral observa-se o seguinte, representado no Quadro abaixo indicada.

**Quadro 15:** Média da satisfação profissional por grupo profissional e vínculo laboral

Grupo profissional	Tipo de vínculo laboral	Média da satisfação
Assistentes operacionais	Estável	3,72
	Instável	3,11
Enfermeiros	Estável	4,41
	Instável	5,00
Médicos	Estável	2,70
	Instável	4,04
Técnicos de diagnóstico e terapêutica	Estável	3,07
	Instável	3,55

Feita a análise às questões da terceira parte do questionário direccionadas apenas para os profissionais com vínculo estável, verificou-se o seguinte.

Na questão em que é perguntado se mudaria para uma instituição do concelho a desempenhar as mesmas funções mas com vínculo laboral estável, obteve-se os seguintes dados.

**Quadro 16:** Respostas à questão 7 do grupo 3 – *Se lhe fosse oferecido um contrato por tempo indeterminado, numa instituição de concelho para desempenhar as funções que desempenha actualmente, aceitaria?* (n=27)

	Frequência	Percentagem
Sim	20	74,1
Não	2	7,4
Não responde	5	18,5

Quando foi perguntado se o tipo de vínculo levou o indivíduo a adiar projecto pessoas, que já teria realizado se tivesse um vínculo estável, as respostas foram as seguintes.

**Quadro 17:** Respostas à questão 8 do grupo 3 – *Sente que este tipo de vínculo a levou a adiar alguns projectos pessoais, que não teria adiado se tivesse um contrato por tempo indeterminado?* (n=27)

	Frequência	Percentagem
Sim	24	88,9
Não responde	3	11,1

Ao questionar os indivíduos se alguma vez tinham sentido algum tipo de discriminação em relação aos outros colegas com vínculo estável, obtiveram-se as seguintes respostas.

**Quadro 18:** Respostas à questão 9 do grupo 3 – *Alguma vez sentiu algum tipo de discriminação face aos colegas que têm um contrato por tempo indeterminado?* (n=27)

	Frequência	Percentagem
Sim	14	51,9
Não	10	37,0
Não responde	3	11,1



## 5 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Assim, analisando os quadros referentes à caracterização da amostra, podemos referir que esta é composta maioritariamente por indivíduos do género feminino, com uma percentagem de 83,5, sendo este também um facto que de um modo geral caracteriza as profissões da área da saúde (ver Quadro 3).

A amostra, não se caracteriza por ser muito jovem, sendo este o grupo menos representativo. Cerca de 60% dos indivíduos respondentes é o conjunto formado pelos indivíduos entre os 31 e os 50 anos, sendo que representam (ver Quadro 4).

Relativamente às habilitações literárias, apenas uma pequena minoria frequentou até ao 12º ano de escolaridade, sendo que cerca de 73,6 dos indivíduos têm licenciatura, ou grau académico superior, o que está de acordo com a distribuição dos profissionais, pois há excepção dos assistentes operacionais, todos os outros têm que ter pelo menos a licenciatura ou equivalente (ver Quadro 5).

Os profissionais que mais responderam ao questionário foram os enfermeiros, com 49,5% de respostas, sendo também o grupo maior quando comparado com a população com 43,1%. Em termos de representatividade, seguiu-se o grupo dos assistentes operacionais, médicos e técnicos de diagnóstico e terapêutica, com 18%, 16,5% e 15,5%, respectivamente (ver Quadro 6).

Ainda assim e comparando com a população total do estudo, os técnicos de diagnóstico e terapêutica foram os que se fizeram representar melhor, com um total de 37,2% face ao grupo inicial, seguido dos enfermeiros, com uma representação de 21,5% do seu grupo profissional, os assistentes operacionais e por fim os médicos como o grupo que se fez representar menos.

Relativamente ao vínculo laboral, cerca de 73,8% dos respondentes têm vínculo laboral que consideram estável, visto que o único indivíduo que refere outro tipo de vínculo encontra-se em acumulação na instituição. Cerca de 26,2 apresenta um vínculo instável. Estes números são ligeiramente diferentes dos

da população de origem, onde cerca de 62,2% apresentam um vínculo estável e 37,8% têm um vínculo instável (ver Quadro 7).

No entanto, este baixo número de respostas por parte dos indivíduos com vínculo laboral instável é compatível com os relatos frequentes que fui ouvindo, pois estas pessoas referiram que tinham receio de responder ao questionário, apesar de perceberem que o anonimato era garantido. Era frequente ouvir que receavam devido à instabilidade do seu vínculo laboral, que não lhes renovassem o contrato, ou serem excluídos dos concursos por responderem ao questionário. Apesar dos meus esforços para convencê-las de que era seguro responder, muitos mantiveram a sua recusaram-se a fazê-lo.

## 5.1 - IMPORTÂNCIA DAS 8 DIMENSÕES

Analizou-se o primeiro quadro do questionário, referente ao grau de importância, dado pelos respondentes, relativamente a cada uma das 8 dimensões, verificou-se que das 103 respostas, apenas 96 foram consideradas, sendo que os restantes não responderam.

Os valores de resposta oscilaram entre o 1, considerado o mais importante e o 8, o menos importante.

Analisando o Quadro 8, consideraram-se os valores médios obtidos para cada uma das dimensões e desta forma apurou-se a seguinte ordenação das dimensões, da mais importante para a menos importante:

- Realização Pessoal e Profissional e Desempenho Organizacional – 3,53;
- Relação Profissional/Utente – 3,73;
- Condições de Trabalho e Saúde – 3,79;
- Segurança no Emprego – 4,14;
- Remuneração – 4,36;
- Relações de Trabalho e Suporte Social – 4,46;
- Autonomia e Poder – 4,71;

- *Status* e Prestígio – 6,33.

Analisou-se o mesmo Quadro segundo a moda, a resposta mais vezes repetida, e verificou-se uma ordenação semelhante:

- Realização Pessoal e Profissional e Desempenho Organizacional – 1;
- Relação Profissional/Utente – bimodal com os valores 2 e 3;
- Condições de Trabalho e Saúde – 3;
- Relações de Trabalho e Suporte Social – 3;
- Segurança no Emprego – 4;
- Remuneração – 5;
- Autonomia e Poder – 6;
- *Status* e Prestígio – 8.

De salientar que a relação Profissional/Utente é bimodal, surgindo com 2 valores mais registados. As Relações de Trabalho e Suporte Social que partilham o mesmo valor de importância com a as Condições de Trabalho e Saúde, o que não se verificava na análise anterior.

Analisando o Quadro 9, verifica-se uma diferença na ordenação das dimensões segundo o grupo profissional. A dimensão Realização Pessoal e Profissional e Desempenho Organizacional surge como uma das mais importantes nos 4 grupos. Os médicos são os únicos que não referem as Condições de Trabalho e Saúde e são também os únicos a referir as Remuneração e as Relações de Trabalho e Suporte Social como dimensões das mais importantes. Os assistentes operacionais referem que a Segurança no emprego é a terceira dimensão mais importante.

A Remuneração, era tida nos primórdios dos estudos sobre a satisfação, como factor quase único para obtenção de elevados níveis de satisfação, o que mais tarde se veio a verificar como um mito. Mais uma vez, neste estudo se prova que é um dos menos valorizados, surgindo com o número 5 de importância, à excepção do grupo dos médicos que a consideram o 2 (Soares, 2007).

Contrariamente a alguns estudos que mencionavam a autonomia como uma dimensão bastante valorizada quer por enfermeiros, quer por médicos, neste estudo esta dimensão é das menos valorizadas, a penúltima com o número 6 relativo ao grau de importância (White, 2008; Lee, 2008 e Santos, 2008).

Verificou-se que as dimensões referidas como as mais importantes são as que estão relacionadas com as relações que se estabelecem no local de trabalho, com colegas, utentes e o ambiente organizacional.

Independentemente da análise utilizada, a dimensão onde se inclui o tipo de vínculo laboral, a Segurança no Trabalho, surge assim a meio do quadro, com um grau de importância de 4, conforme consta na Figura 6.

Para a análise segundo o tipo de vínculo, das 70 respostas consideradas válidas, 51 foram de trabalhadores com vínculo laboral estável e 19 com vínculo instável.

Procedeu-se à análise das respostas do primeiro quadro, relativa à importância de cada uma das dimensões, considerando os 2 tipos de vínculo laboral e constatou-se que em ambos os grupos a dimensão de Segurança no Emprego se encontrava a meio do quadro ordenado.

A ordenação das dimensões pelo seu grau de importância foi semelhante entre os indivíduos com diferentes tipos de vínculo há excepção da dimensão Relação Profissional/Utente e às Condições de Trabalho e Saúde, que no primeiro grupo surgiram em segundo e terceiro lugar respectivamente e no outro grupo por ordem inversa.

As restantes dimensões mantiveram-se iguais comparando os indivíduos com os dois tipos de vínculo.

Esta ordenação foi também semelhante há obtida através da análise geral dos dados.

## 5.2 – NÍVEIS DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

Procedeu-se à análise da segunda parte do questionário, conforme descrito no capítulo da metodologia. Deste modo, seguem-se os níveis de satisfação segundo as 8 dimensões:

- Autonomia e Poder

Os níveis de satisfação desta dimensão oscilaram entre o -4 e o 9. As repostas número 3 e 103 são considerados *outliers*, sendo o primeiro considerado severo, por ultrapassar a delimitação dos valores tomados pela variável e o segundo moderado. Verificou-se que o nível de satisfação média é 3,69. Para o apuramento destes dados foi feito a cálculo às respostas de 93 indivíduos, sendo que 10 não responderam (ver Figura 7).

- Condições de Trabalho e Saúde

Quanto a esta dimensão verificou-se que os valores oscilam entre o -6 e o 9, sendo que o primeiro será considerado um valor extremo. A média do nível de satisfação para esta dimensão é de 4,72. Para o apuramento destes dados mobilizaram-se respostas de 100 indivíduos, sendo que 3 não responderam. A resposta número 3 e 24 são considerados *outliers*, severo e moderado respectivamente (ver Figura 8).

- Realização Pessoal e Profissional e Desempenho Organizacional

Nesta dimensão, foram apuradas 95 respostas, e 8 indivíduos não responderam. O nível médio de satisfação é de 3,49, sendo o mínimo -1 e o máximo 9. A resposta número 103 é considerada *outlier* moderado (ver Figura 9).

- Realização Profissional/Utente

O nível médio de satisfação foi de 3,28, sendo o mínimo e o máximo, respectivamente -4 e 9. No total de 98 respostas e 5 não respostas. As respostas número 3, 83 e 103 são consideradas *outliers* moderados (ver Figura 10).

- Relações de Trabalho e Suporte Social

Totalizaram-se 94 respostas, sendo que o nível médio da satisfação foi de 2,99, sendo o valor máximo e mínimo, respectivamente, 8 e -2. As respostas número 3 e 34 são consideradas *outliers* moderados (ver Figura 11).

- Remuneração

O nível de satisfação, médio é de 5,71. Foram consideradas 96 respostas e máximo e mínimo foram respectivamente, 10 e -3. A resposta número 3 é considerada *outlier* moderado (ver Figura 12).

- Segurança no Emprego

O nível médio de satisfação foi de 4,61 e os valores oscilaram entre o -3 e o 10 sendo o mínimo e o máximo, respectivamente. Para o apuramento destes dados foram consideradas as respostas de 99 indivíduos. Não existem *outliers* nesta dimensão (ver Figura 13).

- Status e Prestígio

Foram consideradas 92 respostas, sendo que o nível médio de satisfação foi de 3,47 e os valores oscilaram entre o -2 e o 10, sendo o mínimo e o máximo, respectivamente. As respostas número 3, 11, 81 e 103 são consideradas *outliers* moderados (ver Figura 14).

Estes resultados são apoiados por um estudo realizado por Junior (2009), onde é referido que os factores que afectam os níveis de satisfação são a remuneração e a elevada exposição a factores de risco para a saúde, sendo também estas as duas dimensões com menores níveis de satisfação.

O nível médio da satisfação dos indivíduos inquiridos foi de 3,99, sendo que foram consideradas 70 respostas. O valor máximo e mínimo obtidos foram respectivamente, 9 e -3, conforme consta no Quadro 10.

Os valores extremos negativos indicam que existem indivíduos, cujas expectativas são inferiores à realidade, ou seja, são os mais satisfeitos. O valor 10 indica os indivíduos menos satisfeitos, cuja percepção da realidade fica muito aquém das suas expectativas. As respostas dos indivíduos número 3 e 103 foram frequentemente referidas como *outliers* e são exemplo disso, sendo o primeiro o indivíduo mais satisfeitos e o segundo o menos satisfeito em algumas das dimensões.

O Quadro 11 revela que a dimensão onde todos os grupos estão satisfeitos é a das Relações de Trabalho e Suporte Social, seguindo-se da Relação Profissional/utente, à excepção do grupo dos Assistentes Operacionais que não a referem como uma das dimensões onde estão mais satisfeitos. Estes são também os únicos a referir a dimensão do Status e

Prestígio como uma das que tem maior nível de satisfação. As dimensões com maior nível de satisfação dos Enfermeiros e os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica são as mesmas.

Estabelecendo uma comparação entre o Quadro 9 e o Quadro 11, verifica-se que os Enfermeiros e os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica são os únicos grupos profissionais que fazem coincidir duas das dimensões que dão mais importância com duas das que estão mais satisfeitos, sendo elas a Realização Pessoal e Profissional e Desempenho Organizacional e a Relação Profissional/utente.

Apesar de tratarem-se de realidades distintas e por isso não ser possível retirar relações desta comparação, foi feita uma análise das semelhanças e diferenças dos resultados obtidos aquando da aplicação do questionário, pelo seu autor, aos profissionais de saúde dos Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde (ver Quadro 19).

Assim, verificaram-se em algumas situações discretas diferenças, no entanto, existem dimensões onde as diferenças são significativas, nomeadamente na dimensão da Segurança no Emprego, Condições de Trabalho e Saúde nas relações, onde os profissionais do hospital estão visivelmente menos satisfeitos. Enquanto os profissionais dos Centros de Saúde estão menos satisfeitos nas dimensões de Remuneração, Condições de Trabalho e Saúde e nas dimensões relacionais. Os profissionais do hospital estão mais satisfeitos nas dimensões relacionais e *Status* e Prestígio enquanto os dos Centros de Saúde nas dimensões de Segurança no Emprego, Realização Pessoal e profissional e desempenho organizacional e *Status* e Prestígio.

Deste modo verificou-se que a dimensão Segurança no Emprego é uma das dimensões onde os profissionais do hospital estão menos satisfeitos, ao contrário dos do Centro de Saúde. O inverso acontece com as dimensões relacionais.

Podem ser equacionadas justificações para estas diferenças, nomeadamente a procura de emprego por parte dos jovens profissionais de saúde, após a conclusão do curso, incidir mais sobre a realidade hospitalar, o que pode deixar os profissionais com vínculo instável, destas instituições com uma maior necessidade de sentirem o seu posto de trabalho assegurado.

Também em meio hospitalar, devido aos próprios espaços, os profissionais de diferentes carreiras são mais frequentemente mobilizados para trabalhar em equipa, o que não se verifica, actualmente nos cuidados de saúde primários, onde cada indivíduo ou grupo profissional, tem o seu próprio espaço, sendo esporádicos os momentos em que as suas práticas os convidam a partilhar o mesmo espaço ou o mesmo utente num período temporal coincidente. Isto pode justificar o aumento da satisfação dos profissionais hospitalares na componente relacional.

O *status* e o prestígio é uma das dimensões onde os profissionais de ambas as realidades estão satisfeitos.

Também na média da satisfação, os profissionais do Hospital estão menos satisfeitos em relação aos dos Centros de Saúde.

Apesar destas ideias acima enumeradas que resultam de constatações das duas realidades, é difícil argumentar cientificamente estas diferenças pois são amostras distintas, não conhecendo as características de ambas e portanto não é possível retirar conclusões desta comparação.

**Quadro 19:** Satisfação profissional segundo as dimensões na instituição hospitalar e Centro de Saúde

Dimensões	Nível médio de satisfação da amostra do Hospital	Nível médio de satisfação da amostra dos Centros de Saúde
Autonomia e poder	3,69	3,31
Condições de trabalho e saúde	4,72	4,03
Realização pessoal e profissional e desempenho organizacional	3,49	3,10
Relação Profissional/utente	3,28	3,41
Relações de trabalho e suporte social	2,99	
Remuneração	5,71	5,10
Segurança no emprego	4,61	2,61
<i>Status</i> e prestígio	3,47	3,14
Nível médio de Satisfação	3,99	3,53



### 5.3 - SATISFAÇÃO PROFISSIONAL SEGUNDO O VÍNCULO LABORAL

Verificou-se que a média da satisfação dos indivíduos com vínculo considerado estável era superior à dos segundos, pois nesta avaliação a escala é de 0 a 10, sendo que 10 será o mínimo de satisfação e 0 o máximo. Assim, os primeiros obtiveram uma média de 3,79 enquanto os segundos 4,55 (ver Quadro 13). Este resultado é apoiado por um estudo realizado na Noruega por Daehlen (2008), que refere que os profissionais com vínculo instável, tendem a ter menores níveis de satisfação.

Continuando a análise do Quadro 14 e ordenando as dimensões segundo o aumento do grau de satisfação, verificou-se o seguinte em relação aos profissionais com vínculo estável:

- Remuneração;
- Condições de Trabalho e Saúde;
- Segurança no Emprego;
- Autonomia e Poder;
- Realização Pessoal e Profissional e Desempenho Organizacional;
- Relação Profissional/Utente;
- Relações de Trabalho e Suporte Social;
- *Status* e Prestígio;

Enquanto os profissionais com vínculo instável obtiveram a seguinte ordenação:

- Segurança no Emprego;
- Remuneração;
- Condições de Trabalho e Saúde;
- *Status* e Prestígio e Autonomia e Poder;
- Realização Pessoal e Profissional e Desempenho Organizacional;
- Relação Profissional/Utente;
- Relações de Trabalho e Suporte Social;

Assim, verificou-se que os profissionais com vínculo instável estão muito menos satisfeitos com a dimensão Segurança no Emprego quando

comparados com o outro grupo com uma média de 6,11 e 4,05, respectivamente. Este resultado é coincidente com um estudo que refere quem em 80% dos estudos efectuados, os profissionais de saúde com vínculo laboral instável, tendem a ter um impacto negativo no seu sentimento de segurança (Benavides, 2000; Bohle, 2004 e Kim, 2008).

O mesmo acontece com a dimensão *Status* e Prestígio, onde para os profissionais com vínculo estável foi a dimensão com maior grau de satisfação, surgindo na quarta posição no outro grupo, com valores respectivamente de 2,27 e 4,06.

Os restantes valores verificam a tendência para um menor grau de satisfação dos profissionais com vínculo instável em relação aos outros, há excepção das dimensões de Condições de trabalho e Saúde e Remuneração.

Analizou-se ainda a média dos níveis de satisfação profissional por carreira e vínculo laboral. Nesta verificou-se que há excepção dos assistentes operacionais, em todas as restantes carreiras profissionais existem diferenças entre os níveis de satisfação dos indivíduos com vínculo estável e instável, sendo que os primeiros apresentam níveis de satisfação mais elevados. Esta diferença é mais acentuada no grupo médico (ver Quadro 15).

Analisaram-se as respostas às questões 7, 8 e 9 que se destinavam, exclusivamente aos indivíduos com vínculo laboral instável e verificou-se que das 27 respostas obtidas, 74,1% referem que mudaria para outra instituição do concelho, a desempenhar iguais funções, desde que lhe fosse oferecido um contrato por tempo indeterminado (ver Quadro 16). Num estudo realizados em neurologistas, verificaram-se resultados semelhantes, em que 81,7% aceitaria mudar de local de trabalho para obter um vínculo estável (Arenillas, 2006).

Na questão 8, cujos resultados foram representados no Quadro 17, 88,9% dos respondentes refere que adiou projectos pessoais que não teria adiado caso tivesse um emprego com contrato por tempo indeterminado, sendo que ninguém respondeu que não o tenha feito. A restante percentagem, 11,1% é referente a pessoas que não responderam à questão. Segundo um estudo realizado por um sociólogo, Watson (2010), este tipo de vínculo tem impacto

negativo na vida pessoal e social, que neste estudo pode ser expresso pelo adiar de projectos pessoais. No entanto, o impacto ao nível da saúde não foi estudado neste questionário, embora seja também uma questão que por vezes é referida (Watson, 2010).

Das respostas obtidas através da análise do Quadro 18, 51,9% dos indivíduos refere que já sentiu discriminação face aos colegas com contrato por tempo indeterminado, sendo que 37% dos indivíduos optou por não responder à questão. Das 10 pessoas que aceitaram descrever a situação em que se sentiram discriminadas, 100% refere a marcação de férias, 20% acrescenta ainda o acesso às formação e 20% a sobrecarga no horário em relação aos colegas, nomeadamente o número de noites. A suportar estes dados, surge um estudo realizado, que refere que é frequente os profissionais com vínculo instável se sentirem discriminados pelos colegas com vínculo estável e superiores hierárquicos, o que vem reforçar o sentimento expresso pelos respondentes (Kim, 2008).

#### 5.4 – TESTE DE HIPÓTESES

Este estudo pretende verificar a validade da hipótese levantada no decorrer da construção do seu quadro referencial. Assim pretendo verificar o seguinte:

**Os profissionais de saúde, prestadores de cuidados directos, com vínculo laboral instável, tendem a ter menores níveis de satisfação profissional em relação aos que possuem um vínculo laboral estável.**

Assim, procedeu-se à análise do nível médio da satisfação dos dois grupos em estudo e obteve-se o quadro que se segue.

Quadro 20: Satisfação profissional segundo o vínculo laboral

	Vínculo Laboral	N	Média	Desvio padrão
Satisfação total	Com vínculo	51	3,79	1,787
	Sem vínculo	19	4,55	1,978

No Quadro 20 é possível observar as medidas descritivas dos dados obtidos, nomeadamente, o número de respostas, a média e o desvio padrão das amostras, segundo os dois tipos de vínculo laboral.

O Quadro 21 é relativa ao teste de *Levene* realizado para verificar a homogeneidade ou igualdade das variâncias e ao teste *t* que permite a comparação das duas médias da satisfação, das duas amostras independentes, o grupo formado pelos profissionais com vínculo estável e os com vínculo instável.

Quadro 21: Teste de *t* – Satisfação profissional

		Teste de Levene para a igualdade das variâncias		Teste <i>t</i> para a igualdade das médias
		F	Sig.	Sig. (2-tailed)
Satisfação total	Igualdade das variâncias	,347	,558	,127
	Não igualdade das variâncias			,151

Da análise dos dois quadros verifica-se que no teste de Levene as hipóteses são:

$$H_0: \sigma_1^2 = \sigma_2^2$$

$$H_1: \sigma_1^2 \neq \sigma_2^2$$

Ao verificar o quadro o  $p = 0,558$ , como só se rejeita  $H_0$  se  $p \leq 0,05$  e como o nosso  $p$  é superior a 0,05, logo não se rejeita  $H_0$ . Assim, assume-se a igualdade de variâncias pelo teste de *Levene*, pelo que se procederá à análise da primeira linha do quadro.

Deste modo, por se tratar de uma análise bilateral compara-se directamente o *p-value* de 0,127 com o nível de significância de 0,05. Constata-se que 0,127 é superior a 0,05, logo não se rejeita a igualdade das médias. Assim, é possível afirmar com 95% de confiança que não existem diferenças significativas entre a média de satisfação dos dois grupos. É possível ainda

referir que existe 12,7% de possibilidade de observar diferenças entre as médias de satisfação dos dois grupos.

Relativamente à dimensão da segurança verifica-se o seguinte.

**Quadro 22:** Níveis médios de satisfação da dimensão Segurança no Emprego segundo o vínculo laboral

	Vínculo Laboral	N	Média	Desvio padrão
Segurança no emprego	Com vínculo	72	4,05	2,379
	Sem vínculo	27	6,11	3,413

Analisando os níveis de satisfação dos profissionais de saúde relativamente à dimensão de Segurança no Emprego, segundo o Quadro 22, e testando a igualdade ou não da variância verifica-se que:

$$H_0 : \sigma_1^2 = \sigma_2^2$$

$$H_1 : \sigma_1^2 \neq \sigma_2^2$$

Ao verificar o quadro o  $p = 0,000$ , como só se rejeita  $H_0$  se  $p \leq 0,05$  e como o nosso  $p$  é inferior a 0,05, logo rejeita-se  $H_0$ . Assim, assume-se a diferença de variâncias pelo teste de *Levene*, pelo que se procederá à análise da segunda linha do quadro.

Deste modo, por se tratar de uma análise bilateral compara-se directamente o *p-value* de 0,006 com o nível de significância de 0,05. Constatase que 0,006 é inferior a 0,05, logo rejeita a igualdade das médias. Assim, é possível afirmar com 95% de confiança que existem diferenças significativas entre a média de satisfação relativa à dimensão de Segurança no Emprego dos dois grupos.

**Quadro 23:** Teste de *t* para amostras independentes - Dimensão da Segurança no Emprego

		Teste de Levene para a igualdade das variâncias		Teste <i>t</i> para a igualdade das médias
		F	Sig.	Sig. (2-tailed)
Segurança no emprego	Igualdade da variância	14,331	,000	,001
	Não igualdade da variância			,006

Apesar de estatisticamente não existir evidência da diferença entre a média da satisfação entre os dois grupos, o mesmo não se verifica em relação à média de satisfação relativa à dimensão da segurança. Esta dimensão, que inclui a segurança relativa ao tipo de vínculo laboral, revela que existe diferença estatística entre os níveis de satisfação dos profissionais com vínculo estável e instável.

Assim, conclui-se que apesar de existir diferença entre as médias da satisfação, esta não tem significância estatística, logo a hipótese colocada não se verifica. Este facto, demonstra que nesta instituição não se verificam os resultados dos estudos de outros autores, nomeadamente, Benavides (2000), que refere que os profissionais com vínculo instável tendem a ter menores níveis de satisfação. Contudo, existe significância estatística para a diferença dos níveis de satisfação relativos à dimensão da segurança. Este dado apesar de não validar a hipótese, demonstra que nesta dimensão ela é verdadeira. O resultado é concordante com outros obtidos por outros autores, que referem que os profissionais com vínculo instável tendem a ter menores níveis de satisfação na dimensão da segurança laboral (Kim, 2008; Tomasi, 2008; Junior, 2009)

## 5.5 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO

No decorrer do período de colheita de dados foi difícil motivar muitos dos profissionais de saúde a responderem. A maioria alegava que não tinha tempo para o fazer e quando confrontados com a possibilidade de o fazer noutra local, que não o de trabalho, visto a poderem responder via electrónica, estes alegavam que tinham muita coisa para fazer.

O facto de ter sido pedida a autorização e emitido o despacho assinado pelo Conselho de Administração, tinha como objectivo, não só a divulgação mas também a certificação da seriedade do estudo e importância para a instituição hospitalar, no entanto veio a constituir-se como mais um entrave à obtenção de respostas. Os profissionais verbalizavam que ao verificar que era com a aprovação deste órgão, nem sequer liam, outros tinham receio de responder por pensar que as respostas eram para benefício da Administração da instituição e não para o estudo. Deste modo, ao final de uma semana do

despacho afixado, junto ao modelo de ponto biométrico, este documento foi retirado e substituído por um efectuado por mim, onde constava informação semelhante.

Apesar de não se verificar a veracidade da hipótese colocada, a sua existência para uma das dimensões levanta a questão, de que talvez aplicando o questionário a um universo maior, os resultados fossem diferentes existindo diferenças significativas no nível médio da satisfação entre os dois grupos.

## 6 – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A conclusão deste trabalho trouxe-me uma realização pessoal, pois era um desejo meu estudar esta temática tão actual e cada vez mais frequente.

O que aparentemente seria a fase mais tranquila deste trabalho, a colheita de dados, revelou-se uma das mais desgastantes e decepcionantes.

Apesar dos aspectos que à partida seriam facilitadores, como a autorização por parte da instituição, amplamente difundida e o facto de ser a instituição onde laboro e portanto facilmente chegaria à população. No entanto, senti imensa dificuldade na obtenção das respostas.

A nossa comunidade ainda não está familiarizada e sensibilizada para a investigação e daí a fraca participação.

A satisfação é uma temática bastante estudada, mas a conjugação entre as duas variáveis, satisfação e vínculo laboral não é muito frequente, muito menos em Portugal, o que dificulta a disponibilidade de dados de realidades semelhantes que permitam a comparação com os resultados obtidos, com os da instituição.

Da realização deste trabalho resultaram dados importantes de salientar:

- As dimensões têm a seguinte ordenação seguindo o crescente do seu grau de importância: *Status* e Prestígio, Autonomia e Poder, Relações de Trabalho e Suporte Social, Remuneração, Segurança no Emprego, Condições de Trabalho e Saúde, Relações Profissional/Utente, Realização Pessoal e Profissional e Desempenho Organizacional. Esta ordenação difere em pouco quando feita a sua análise segundo o tipo de vínculo laboral.

- Os níveis de satisfação são mais elevados nas dimensões de Relações de Trabalho e Suporte Social, Relações Profissional/Utente e *Status* e Prestígio e as dimensões com menores níveis de satisfação são a Remuneração, Condições de Trabalho e Saúde e Segurança no Emprego.

- Os Enfermeiros e os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica são os único grupos que fazem coincidir duas das dimensões que mais valorizam com as que estão mais satisfeitos, sendo elas Realização Pessoal e Profissional e Desempenho Organizacional e Relações Profissional/Utente.



- Quando aplicado o filtro dividindo a amostra entre indivíduos com vínculo laboral estável e instável sobressai uma diferença na ordenação acima referida, de salientar que a dimensão que surge, no grupo de profissionais com vínculo instável, com menor grau de satisfação é da Segurança no Emprego. As restantes alterações são pouco significativas.

- Analisando as questões exclusivas para os profissionais com vínculo instável podemos concluir que estes sairiam da instituição caso lhes fosse oferecido um vínculo estável noutra instituição. Grande parte já adiou projectos pessoais devido há instabilidade provocada por este vínculo. As situações em que foram alvo de discriminação incidem essencialmente na marcação de férias, mas uma pequena parte também refere a oportunidade de assistir a formações e a sobrecarga de horário.

- Comparando os níveis de satisfação dos dois grupos e testando a hipótese em estudo, apesar de numericamente existirem diferenças entre as medias nos níveis de satisfação entre os grupos com os dois tipos de vínculo laboral considerados, aplicando testes estatísticos, verificou-se o contrario. Assim, com 95% de confiança existe igualdade entre as médias de satisfação. Existe apenas a possibilidade muito baixa de 12,7% de existir diferença entre as mesmas.

- No entanto, nos níveis de satisfação relativos à dimensão da Segurança no Emprego verificaram-se diferenças significativas entre as médias obtidas pelos indivíduos com vínculo estável e instável. Sendo que os segundos apresentam níveis significativamente mais baixos. Assim, podemos afirmar com 95% de confiança que existe diferença estatística entre a média dos níveis de satisfação relativos à dimensão de Segurança no Emprego.

Após a conclusão deste trabalho deixo algumas recomendações para futuros trabalhos, para mim ou para pessoas inquietas e com necessidade de saber mais:

- Repetir este estudo, na mesma instituição, cerca de 3 a 4 anos após a tomada de posse da nova administração;
- Realizar um estudo onde se avalie os níveis de satisfação dos profissionais de saúde e dos utentes a quem são prestados cuidados.

- Aplicar este estudo a outras instituições hospitalares com diferentes tipos de gestão e proceder à comparação dos profissionais consoante o tipo de gestão a que estão sujeitos.

Este trabalho apenas traduz dados relativos à amostra da instituição onde foi aplicado, mas contribuirá com alguns dados para possíveis comparações em estudos futuros.

A entrega de um resumo dos resultados obtidos aos órgãos de Direcção e Gestão da instituição pretende contribuir para uma reflexão por parte destes órgãos acerca das vivências referidas pelos profissionais com vínculo instável e dos níveis actuais de satisfação dos profissionais que lá laboram e indicar caminhos para um aumento deste níveis e consequentemente uma melhoria da qualidade dos cuidados assegurados por todos nós.

## 7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Anabela; Lourenço, Luís – *Práticas de aprovisionamento nos hospitais públicos portugueses: estudo das diferenças regionais*. 237-246 [Consult. 18 Maio de 2010] Disponível em [http://www.ti.usc.es/lugo-xiii-hispano-lusas/pdf/03\\_PRODUCION/07\\_almeida\\_louren%E7o.pdf](http://www.ti.usc.es/lugo-xiii-hispano-lusas/pdf/03_PRODUCION/07_almeida_louren%E7o.pdf)

ARENILLAS, J. F., et al. – *Encuesta sobre la situación actual de los neurólogos jóvenes en España: análisis de la estabilidad laboral y de la protección social*. **Neurologia**. 21: 2 (2006) 68-79.

BENAVIDES, F.G.; et al – *How do types of employment relate to health indicators? Findings from the second European survey on working conditions*. **7 Epidemiol Community Health**. 54 (2000) 494-501

BOHLE, Philip; et al. – *Working hours, work-life conflict and health in precarious and “permanent” employment*. **Revista de Saúde Pública**. 38 (2004) (Supl) 19-25

CAMERINO, Donatella, et al. – *Age-dependent relationships between work ability, thinking of quitting the Job, and actual leaving among Italian nurses: A longitudinal study*. Em linha. **International Journal of Nursing Studies**. 45 (2008) 1645-1659

CAMPOS e CUNHA, Rita – *Flexibilidade no trabalho = precariedade?*. Em linha. **Diário de Notícias** (2 de Junho de 2006) [Consult. 22 Novembro 2009] Disponível em [http://dn.sapo.pt/inicio/interior.aspx?content\\_id=641419](http://dn.sapo.pt/inicio/interior.aspx?content_id=641419)

DAEHLEN, Marianne – *Job satisfaction and Job values among beginning nurses: A questionnaire survey*. Em linha. **International Journal of Nursing Studies**. Elsevier Ireland Ltd. 45 (2008) 1789-1799. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2008.06.005 [Consult. 15 Dezembro 2009] Disponível em <http://www.sciencedirect.com>

DIÁRIO DA REPÚBLICA – Lei nº23/2004. I Série – A. Nº145. (22 de Junho de 2004) 380 - 3804

DICIONÁRIOS PORTO EDITORA – Dicionário De Língua Portuguesa on line. [Consult. 18 Dezembro 2009] Disponível em <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/>

FIGUEIRA, Alexandra – *Nove em cada dez empregos são a prazo e nunca melhoram.* **Jornal de Notícias**. 25 Abril de 2010: 42

FORTIN, Marie-Fabienne – O Processo de Investigação: da concepção à realização. Lusociência. (2000) ISBN: 972-8383-10-X

GONÇALVES, Pedro H. – *348 milhões para trabalho precário.* **Correio da Manhã**. 22 de Março de 2010.

GRAÇA, Luis – *História da Saúde no Trabalho: Industrialização e Legislação do Trabalho.* (2000) 1867-1909 [Consult. 22 Novembro 2009] Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos14.html>

GRAÇA, Luis – *História da Saúde no Trabalho: Trabalho, Saúde e Conflitos Sociais no Pós-25 Abril* (2000) [Consult. 22 Novembro 2009] Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos22.html>

GRAÇA, Luís – *História da Saúde e Segurança no Trabalho: história da Medicina e da Saúde* (1999). [Consult. 18 Maio de 2010] Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos>

GRAÇA, Luís – *História da Saúde e Segurança no Trabalho: O Embrionário Desenvolvimento da Saúde Pública no Portugal Oitocentista* (1999). [Consult. 13 Maio de 2010] Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos>

GRAÇA, Luís – *Hospitais e outros estabelecimentos assistenciais até ao final do século XV.* (2000). [Consult. 13 Maio de 2010] Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos>

GRAÇA, Luis – Satisfação Profissional dos Médicos de Família no SNS. [Consult. 22 Janeiro de 2010] Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos>

HILL, Manuela Magalhães; HILL, Andrew – *Investigação por Questionário*. Edições Sílabo. 2ª Edição. (2009). ISBN: 978-972-618-273-3

HO, Wen-Hsien, et al. – *Effects of job rotation and role stress among nurses on job satisfaction and organizational commitment*. Em linha. **BMC Health Services Research**. 9: 8 (2009). DOI: 10.1186/1472-6963-9-8 [Consult. 2 Dezembro 2009] Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/8>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *População empregada por conta de outrem, por local de residência, contrato de trabalho e contrato de trabalho um ano antes*. Em linha. (2010) [Consult. 2 Abril 2010] Disponível em <http://www.ine.pt>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *População empregada por conta de outrem, por local de residência, sexo e contrato de trabalho*. Em linha. (2009) [Consult. 2 Abril 2010] Disponível em <http://www.ine.pt>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Proporção da população empregada por conta de outrem, por contrato a termo, por local de residência*. Em linha. (2009) [Consult. 2 Abril 2010] Disponível em <http://www.ine.pt>

JUNIOR, Joel Lima; ALCHIERI, João Carlos; MAIA, Eulália Maria Chaves – *Avaliação das condições de trabalho em Hospitais de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil*. **Revista Escola Enfermagem USP**. 43:3 (2009) 670-679

KIM, Il – Ho; et al. – *Gender, precarious work, and chronic diseases in South Korea*. **American Journal of Industrial Medicine**. Wiley-Liss, Inc. 51 (2008) 748-757

KIM, Myoung-Hee; et al. – *Is Precarious employment damaging to self-rated health? Results of propensity score matching methods, using longitudinal data in South Korea*. Em linha. **Social Science & Medicine**. Elsevier Ireland Ltd. 67 (2008) 1982-1994. DOI: 10.1016/j.socscimed.2008.09.051 [Consult. 5 Dezembro 2009] Disponível em <http://www.elsevier.com/locate/socscimed>

KUHN, Gloria; GOLDBERG, Richard; COMPTON, Scott – *Tolerance for uncertainty, burnout, and satisfaction with the career of emergency medicine. Annals of Emergency Medicine*. 54: 1 (Julho 2009) 106-113.e6

LANCMAN, Selma, et al. – *Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa de Saúde da Família. Revista Saúde Pública*. 43: 4 (2009) 682-688.

LEE, Hoo-Yeon; et al. – *Job satisfaction and trust in Health Insurance: Review Agency among Korean physicians*. Em linha. **Health Policy**. Elsevier Ireland Ltd. 87 (2008) 249-257. DOI: 10.1016/j.healthpol.2007.12.011 [Consult. 21 Dezembro 2009] Disponível em <http://www.elsevier.com/locate/healthpol>

LEGIX – Contrato de trabalho: Secção IX Modalidades de contrato de trabalho. 48-56. Em linha. [Consult. 21 Maio 2010] Disponível em <http://www.legix.pt>

MERRIAN- WEBSTER'S DICTIONARY ON LINE. [Consult. 15 Dezembro 2009] Disponível em <http://www.merriam-webster.com/dictionary/satisfaction>

MONTEIRO, Manuela; RIBEIRO DOS SANTOS, Milice – *Psicologia*. Porto Editora. (1999) 248-275. ISBN: 972-0-42104-5

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DE SISTEMAS DE SAÚDE – *Evolução do sistema de saúde*. Em linha. [Consult. 12 Maio de 2010] Disponível em <http://www.observaport.org/OPSS/Menus/Sistema/Sistema+de+Saude/hit+pt+evolucão+do+sistema+de+saude.htm>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Código Deontológico do enfermeiro – anotações e comentários*. Lisboa: Ordem do Enfermeiros (2003)

PINA E CUNHA, Miguel; et al. – *Manual de comportamento organizacional e gestão*. Editora RH. 6ª Edição. (2007). 177-199. ISBN: 978-972-8871-16-1

REDINHA, Maria Regina Gomes – *Precariedade do emprego – uma interpelação do Direito do Trabalho. I Congresso Nacional de Direito do Trabalho – Memórias*. Almedina. (1998) [Consult. 21 Novembro 2009] Disponível em

[http://www.direito.up.pt/cije\\_web/backoffice/uploads/publicacoes/Precariedade.pdf](http://www.direito.up.pt/cije_web/backoffice/uploads/publicacoes/Precariedade.pdf)

RODRIGUES, Karla Meneses; PERES, Frederico; WAISSMAN, William – *Condições de trabalho e perfil profissional dos nutricionistas egressos da Universidade Federal de Ouro Preto, Minas Gerais, entre 1994 e 2001. Ciências & Saúde Colectiva*. 12:4 (2007) 1021-1031

SANTOS, Inês D. S. O. Pinto de Oliveira – *A satisfação profissional dos higienistas orais no exercício da profissão*. Universidade Aberta. (2008)

SOARES, Jorge M. A. R. – *Satisfação geral no trabalho dos Enfermeiros: Clima organizacional e características pessoais*. Universidade de Aveiro. 2007

TOMASI, Elaine; et al. – *Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro*. 24:1 (2008) 5193-5201

WATSON, Leonor Paiva – *Entre o emprego e a crescente precariedade. Diário de Notícias*. 5 de Abril de 2010.

WHITE, Jane H.; KUDLESS, Mary – *Valuing autonomy, struggling for an identity and a collective voice, and seeking role recognition: community mental health nurses' perceptions of their roles*. Em linha. **Issues in Mental Health Nursing**. Informa Healthcare. 29 (2008) 1066-1087. DOI: 10.1080/01612840802319779 [Consult. 12 Dezembro 2009] Disponível em <http://dx.doi.org/10.1080/01612840802319779>

# Anexos



## ANEXO 1: HISTÓRIA DA SAÚDE EM PORTUGAL

### História da saúde em Portugal

No século XV existiam diferentes tipos de instituições que prestavam apoio à comunidade, sendo eles:

- Albergarias

Estas instituições foram fundadas pelas primeiras rainhas e serviam de albergue para doentes e mendigos. (Graça, 2000)

Em 1492 existiam 37 albergarias das quais 13 situavam-se em Lisboa. (Graça, 2000)

Estas instituições foram desaparecendo com a diminuição das peregrinações, sendo que este processo foi mais lento no nosso país do que no resto da Europa. As albergarias passaram-se a chamar hospitais ou albergarias e hospitais, passando a ser o seu objectivo o acolhimento de doentes pobres. (Graça, 2000)

- Hospitais

Os hospitais destinavam-se a acolher pobres e enfermos e tinham como objectivo proporcionar-lhes agasalho e a cura. No século XII o seu número era inferior ao das albergarias. (Graça, 2000)

- Gafarias

Estas instituições destinavam-se a acolher gafos ou leprosos. A sua existência prolongou-se quando comparados com as albergarias, sendo que no século XX ainda existiam algumas. (Graça, 2000)

As gafarias podiam ser administradas por três tipos de governo distintos, sendo eles: o rei, os municípios ou os próprios gafos. (Graça, 2000)

- Mercearias

Estas instituições destinavam-se a acolher os nobres empobrecidos e idosos. A mercearia mais antiga de Portugal foi fundada em 1324 por um comerciante rico de Lisboa. (Graça, 2000)

No ano de 1834 estas instituições foram encerradas. (Graça, 2000)

Ao longo deste período verificou-se uma evolução das instituições no sentido da criação de um sistema que prestasse assistência à comunidade, este processo pode ser dividido em três fases:

1. A criação de forma indiscriminada das instituições acima referidas, tentando dar resposta ao nível local;
2. A diferenciação dos tipos de cuidados e dos seus prestadores, com a criação do ensino médico e estabelecimento das primeiras medidas sanitárias;
3. A fundação de diversos hospitais ao longo do país. (Graça, 2000)

No final do século XV existiam apenas 200 hospitais que disponibilizavam um total de 2500 camas para internamento de doentes, sendo que o rácio era de uma cama por cada 600 habitantes. (Graça, 2000)

A proliferação dos hospitais pelo nosso país é então uma realidade. Estas instituições eram então administradas por indivíduos do sexo masculino representantes da igreja, pois eram considerados o grupo com maior literacia no momento. No entanto, havia algumas exceções, pois algumas instituições eram administradas pelos municípios onde se inseriam. (Graça, 2000)

No século XIX ocorreram alguns factos significativos, como a criação da Instituição Vacínica e no ano seguinte, em 1813 a criação da Junta de Saúde Pública. Mais tarde, em 1820 é criada a Comissão de Saúde Pública. Esta era constituída por altas entidades do reino, onde se incluíam médicos e tinha como missão vigiar e defender a saúde do país, especialmente em situação de peste, muito frequente naquela altura. (Graça, 1999)

Em 1825 são fundadas as Escolas Régias de Cirurgia de Lisboa e Porto, sendo este um marco importante para o avanço da Medicina no nosso país. (Graça, 1999)

Nos anos de 1835 e 1836 são dados passos fundamentais para a saúde no nosso país com a criação dos cemitérios públicos. No mesmo ano foi Fundada a Sociedade Farmacêutica de Lisboa e para consolidação da luta já antiga deste grupo profissional, é publicado o Código Farmacêutico Lusitano. (Graça, 1999)

No ano seguinte, são criadas as [Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto](#), que mais tarde darão lugar às respectivas Faculdades de Medicina. No sentido de dar seguimento às conquistas dos farmacêuticos são fundadas as Escolas de Farmácia. Na área da enfermagem, são criados os primeiros cursos de parteiras leccionados em Coimbra, Lisboa e Porto. (Graça, 1999)

Em 1881 surgem os primeiros cursos de Enfermagem e cinco anos depois é criada a primeira Escola de Enfermagem que funciona anexada ao Hospital de S. José. (Graça, 1999)

Em 1898 é criada a Associação dos Médicos Portugueses, alguns anos após o final da distinção entre médicos e cirurgiões, passando todos a fazer parte da mesma classe. (Graça, 1999)

O Século XX inicia-se com a criação do primeiro sanatório para indivíduos com tuberculose. No ano seguinte é criada a Direcção Geral de Saúde que é precedida e resultante das reformas na saúde de Ricardo Jorge.

Durante este século ocorrem reformas no ensino da Medicina e Enfermagem, bem como das habilitações para aceder aos cursos. Na área da saúde são também criados os cursos de auxiliares. (Graça, 1999)

Em 1938 é dado um passo importante para a carreira médica com a criação da Ordem dos Médicos, no ano seguinte é aprovado o projecto para a construção do Hospital de Santa Maria, que viria a ser inaugurado em 1952, e inaugurada a Maternidade Júlio Dinis no Porto. (Graça, 1999)

No ano de 1942 é aprovada a lei que proibia o casamento das enfermeiras, sendo que esta lei viria a ser revogada em 1963. (Graça, 1999)

O ano de 1948 é importante não só para Portugal, mas para todo o Mundo, com a realização da Primeira Assembleia da Organização Mundial de Saúde, da qual o nosso país foi membro-fundador. (Graça, 1999)

Em 1958, de modo a permitir uma maior organização da saúde da população é criado o Ministério da Saúde e Assistência e três anos depois é criada a Direcção-Geral dos Hospitais. (Graça, 1999)

Em 1965 Primeiro acordo tarifário entre a Federação das Caixas de Previdência e os Hospitais, com este acordo, 40% da população era incluída nesta espécie de seguro - doença. (Graça, 1999)

Três anos depois, o conceito de hospital é alterado pela Organização Mundial de Saúde, passando não só a ter como objectivo a cura, mas também a reabilitação e sendo agente activo na prevenção da doença e tornando-se um local preferencial para o ensino e investigação dos profissionais de saúde. Com todo este processo surge no mesmo ano o Estatuto e Regulamento Geral dos Hospitais, passando a instituição a ser encarada como uma empresa. (Graça, 1999, Observatório Português de Sistemas de Saúde, s.d.)

O ano de 1971 foi um marco para o que em 1978 em Alma Ata viria a ser denominado de Cuidados de Saúde Primários, com a criação dos Centros de Saúde. Toda esta situação levantou a necessidade de criação de uma carreira de Saúde Pública. Estas medidas vieram consolidar o reconhecimento do direito à saúde para toda a população. (Graça, 1999, Observatório Português de Sistemas de Saúde, s.d.)

O desenvolvimento dos hospitais levou a que no mesmo ano se criasse a carreira de Administração Hospitalar. (Graça, 1999, Observatório Português de Sistemas de Saúde, s.d.)

No ano de 1972 é criada a ADSE permitindo aos funcionários públicos descontar ao longo do ano uma quantia simbólica que lhes permitia uma diminuição dos custos em caso de doença. (Graça, 1999, Observatório Português de Sistemas de Saúde, s.d.)

De modo a consolidar as alterações realizadas ao nível dos Cuidados de Saúde Primários é criado o Serviço Médico à Periferia, permitindo um acesso à saúde mesmo às populações nos locais mais distantes dos aglomerados citadinos. (Graça, 1999, Observatório Português de Sistemas de Saúde, s.d.)

Em 1979 a Lei do Sistema Nacional de Saúde declara que este serviço deve ser assegurado a toda a população portuguesa e 10 anos depois rectifica esta afirmação referindo que deve ser “tendencialmente gratuito” contrapondo-se com o anteriormente “gratuito”. (Graça, 1999, Observatório Português de Sistemas de Saúde, s.d.)

O resultado de uma cada vez maior diversidade de profissionais de saúde culminou com a criação da carreira de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica por parte do Sistema Nacional de Saúde, no ano de 1985. (Graça, 1999, Observatório Português de Sistemas de Saúde, s.d.)

Entre 1985 e 1995 ocorrem inúmeras mudanças significativas, nomeadamente a da visão do Sistema de Saúde como uma rede de cuidados, pois este tipo de funcionamento mais facilmente assegurava os direitos a toda a população. (Graça, 1999, Observatório Português de Sistemas de Saúde, s.d.)

De modo a facilitar este processo, o nosso território continental foi dividido em 5 regiões distintas e criadas/fortalecidas as ligações entre hospital e Centro de Saúde, no sentido de agilizar todo o processo. Este problema não ficou resolvido nessa altura e actualmente tenta-se ultrapassá-lo com a criação das Unidades de Saúde Familiar e a promoção das Unidades Locais de Saúde. (Observatório Português de Sisitemas de Saúde, s.d.)

Neste período surge também a entrada do sector privado no mercado da saúde de modo a diminuir o impacto de uma falha antiga e que se mantém actualmente, o sub-financiamento da saúde. Para fazer face a esta problemática, em 1990 o Governo introduz as taxas moderadoras no Sistema Nacional de Saúde. (Observatório Português de Sisitemas de Saúde, s.d.)

Nos anos seguintes, o Ministério da Saúde lança o documento *A Saúde em Portugal: uma estratégia para o virar do século*. Este documento incluiu metas a alcançar a 5 e 10 anos que potenciam os ganhos em saúde para a população. (Graça, 1999, Observatório Português de Sistemas de Saúde, s.d.)

No decorrer de todas estas mudanças surge uma nova preocupação, a qualidade dos cuidados prestados, pelo que é criado o Instituto de Qualidade em Saúde. (Observatório Português de Sisitemas de Saúde, s.d.)

Para fazer face à necessidade de profissionais nesta área e diminuir a compra desta deste tipo de mão-de-obra a Espanha, o Governo reforça o ensino com a abertura de mais escolas e reestruturação dos cursos. (Graça, 1999, Observatório Português de Sistemas de Saúde, s.d.)

A constituição dos serviços de saúde como entidades empresariais e a preocupação com o seu financiamento leva à necessidade de distinção entre financiamento e cuidados prestados. (Graça, 1999)

Actualmente, assiste-se à visão de que a saúde é cada vez mais um negócio, com o aumento exponencial dos hospitais privados, seguradoras de saúde e ainda a colaboração deste sector na construção e gestão das

instituições públicas de saúde. A saúde é assim vista como um quasi-mercado onde existem trocas de bens e consumo.

A escassez de concursos e medidas de retenção de profissionais tem como consequência o crescimento de empresas que comercializam o trabalho destes profissionais, aumentando exponencialmente o custo dos cuidados.

A reforma dos cuidados de saúde primários que está em curso pretende reter mais a população na comunidade evitando a excessiva afluência aos serviços de urgência, apostando na prevenção que é encarada como forma de diminuir os custos da saúde a longo prazo.

## ANEXO 2: AUTORIZAÇÕES

Escola Nacional de Saúde Pública

Lisboa, 28 de Dezembro de 2009

No âmbito do Mestrado em Gestão da Saúde – Gestão de Unidades Clínicas que presentemente frequento na Escola Nacional de Saúde Pública, estou a executar um trabalho de investigação, sob a sua orientação científica, com vista à obtenção do grau de Mestre, cujo tema incide sobre “*Satisfação profissional dos profissionais de saúde e vínculo laboral*”.

Com a finalidade de utilizar e adaptar a sua Escala de Avaliação da Satisfação dos Profissionais de Saúde, venho por este meio formalizar o meu pedido, pelo que solicito a Vossa Exa. a respectiva autorização para utilizá-la.

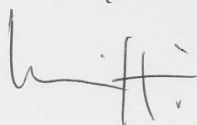
Consciente de que estudos nesta área podem contribuir para uma melhoria na gestão dos recursos humanos, o que poderá reflectir-se na qualidade dos cuidados, agradeço antecipadamente a sua colaboração. Encontro-me à disposição de Vossa Exa. para qualquer contacto ou esclarecimento, comprometendo-me a disponibilizar-lhe os resultados obtidos. Pede deferimento,

Sandra Cristina Serra Lopes Costa  
Sandra Cristina Serra Lopes Costa  
Licenciada em Enfermagem

Rua Fernando Pessoa  
Lote 1, Nº 19  
2615-082 Alverca do Ribatejo  
Telm. 966503234  
sandracosta83@hotmail.com

28/12/09

Tram a minha  
autorização formal



(L. J. Costa)



Ao Conselho de Administração

Do Hospital de Reynaldo dos Santos

Hospital de Reynaldo dos Santos

**AUTORIZADO**

Nos termos propostos

V. F. Xira, 10/12/09

o Conselho de Administração

Lisboa, 10 de Dezembro de 2009

No âmbito do Mestrado em Gestão da Saúde – Gestão de Unidades Clínicas que presentemente frequento na Escola Nacional de Saúde Pública, estou a executar um trabalho de investigação, sob orientação científica do Prof. Doutor Luís Graça, com vista à obtenção do grau de Mestre, cujo tema incide sobre *“Satisfação profissional dos profissionais de saúde e vínculo laboral”*.

Com a finalidade de recolher a amostra na vossa Instituição, venho por este meio formalizar o meu pedido, pelo que solicito a Vossas Exas. a respectiva autorização. Importa referir que o procedimento de recolha de dados requer somente o auto-preenchimento de um questionário. Saliente-se que os dados recolhidos obedecem aos princípios do anonimato e de confidencialidade.

Prevê-se que a componente experimental ora referida, venha a realizar-se no decorrer do mês de Janeiro do próximo ano. Consciente de que estudos nesta área podem contribuir para uma melhoria na gestão dos recursos humanos da instituição, o que poderá reflectir-se na qualidade dos cuidados, agradeço antecipadamente a vossa colaboração. Encontro-me à disposição de Vossas Exas. para qualquer contacto ou esclarecimento. Pede deferimento,

10127091444110572

Sandra Cristina Serra Lopes Costa  
Sandra Cristina Serra Lopes Costa  
Licenciada em Enfermagem

Rua Fernando Pessoa  
Lote 1, N.º 19  
2615-082 Alverca do Ribatejo  
Telm. 966503234  
sandracosta83@hotmail.com



# Satisfação Profissional e Vínculo Laboral dos Profissionais de Saúde



**Autor:**

**Sandra Costa**

Aluna do IV Curso de Mestrado de Gestão em  
Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública

**Orientador:**

**Prof. Doutor Luís Graça**

Docente da Escola Nacional de Saúde Pública

Lisboa  
Abril de 2010

O meu nome é Sandra Costa, sou Licenciada em Enfermagem e estou a frequentar o Mestrado em Gestão da Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. Nesse âmbito foi

proposto a realização de um trabalho de investigação científico, do qual resulta este questionário.

Este questionário resulta de uma adaptação da Escala de Avaliação da Satisfação dos Profissionais de Saúde do Prof. Doutor Luís Graça, docente da Escola Nacional de Saúde Pública.

A sua aplicação foi autorizada pela instituição hospitalar onde se realiza e permite a avaliação da satisfação dos profissionais de saúde, visto esta constituir uma das ferramentas que permitem avaliar a qualidade dos cuidados prestados.

Destina-se a todos os profissionais prestadores directos de cuidados ou que colaborem directamente com os mesmos na sua actividade.

O levantamento da satisfação dos profissionais de saúde decorrerá até ao dia 23 de Abril, pelo que só serão considerados objecto de estudo os questionário validados até essa data.

A aplicação do questionário respeita o direito de anonimato e confidencialidade dos respondentes.

É de resposta individual e constituído por três partes: em relação a cada uma delas, ser-lhe-ão dadas instruções específicas sobre o modo como deve responder ou proceder. Seja tão sincero e espontâneo quanto possível, tentando nomeadamente evitar os riscos de resposta enviesada (por exemplo, respostas dadas de acordo com o que se julga socialmente desejável devido à inserção num grupo de pares, ou politicamente correcto).

A resposta ao questionário (Partes I, II e III) pode levar à volta de 25 minutos. No final do preenchimento das três partes, coloque o questionário num envelope fechado e entregue no Conselho de Administração ao cuidado da Enf.<sup>a</sup> Sandra Costa. O questionário apenas poderá ser levantado no mesmo local pela autora, pelo que os princípios de confidencialidade serão assegurados.

## **I PARTE – Grau de importância atribuída às diferentes dimensões da satisfação profissional**

A seguir estão listadas e definidas as oito dimensões (ou factores) de satisfação no trabalho, em que se baseia o modelo de análise do questionário (Quadro I). Você terá de decidir qual é a dimensão (ou o factor) a que atribui maior importância, em termos motivacionais, ou seja aquela que deveria contribuir mais para a sua satisfação em termos ideais (não necessariamente a que contribui mais, actualmente). Admite-se que a escolha não seja fácil, dada a complexidade da motivação humana e a sua natureza contingencial. Por um lado, há factores que, na prática, pressupõem outros (por exemplo, os que estão relacionados com a satisfação de necessidades humanas básicas).

Por outro lado, não há nenhuma resposta que seja certa ou errada, não há nenhum modelo universal de hierarquização dos factores de motivação.

Procure, todavia, fazer um esforço por ser discriminante, colocando-se a um certo nível de abstracção ou de generalidade. Pense em termos ideais, de acordo com a sua hierarquia de valores, pessoais e profissionais. Ordene estas oito dimensões, de acordo com o critério de importância motivacional: à dimensão que atribui mais importância dará a pontuação 1, e à que considera menos importante a pontuação 8. Nunca repita nenhum dos valores, de 1 a 8.

**Quadro I** – Principais dimensões da satisfação profissional e a sua ordenação em termos de importância motivacional.

**1= a mais importante; 8= a menos importante**

DIMENSÃO	CONCEITO	ORDENAÇÃO
Autonomia e poder	Margem de poder e de liberdade que o profissional de saúde tem no exercício das suas funções, dentro dos constrangimentos impostos pela especificidade da prestação de cuidados de saúde, da organização e do sistema de saúde onde está inserido (neste caso, na instituição hospitalar do Serviço Nacional de Saúde (SNS)). Inclui a oportunidade de participação na organização e funcionamento dos serviços.	
Condições de trabalho e saúde	Inclui: (a) o ambiente físico e psicossocial de trabalho com implicações na saúde, segurança e bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores; (b) a existência de serviços, programas e actividades orientadas para a prevenção dos riscos profissionais, a vigilância e a promoção da saúde; (c) o nível de informação e de formação no domínio da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho.	
Realização pessoal e profissional e desempenho organizacional	Concretização das possibilidades de desenvolvimento pessoal e profissional, o que decorre em grande medida das oportunidades e desafios colocados pela organização onde se trabalha, da profissão que se tem (ou da carreira), do conteúdo e da organização do trabalho, etc. A realização pessoal e profissional está assim, associada ao próprio desempenho organizacional da instituição hospitalar.	
Relação Profissional/utente	Basicamente, as interacções humanas positivas que se estabelece entre os profissionais e os utentes da instituição hospitalar, incluindo a	

	relação terapêutica.	
Relações de trabalho e suporte social	O conjunto das relações de trabalho (hierárquicas, funcionais e cooperativas) que os profissionais de saúde estabelecem uns com os outros, a nível interno e externo. Inclui o suporte social que pode (e deve) ser dado pela direcção da instituição hospitalar, pelos pares e demais colegas de trabalho.	
Remuneração	As recompensas extrínsecas com expressão pecuniária, directa (em espécie) ou indirecta (em géneros) que o profissional de saúde recebe pelas funções que exerce, incluindo o vencimento-base e as outras remunerações complementares (por exemplo, horas extraordinárias, ajudas de custo, gratificação de chefia). Inclui a percepção da equidade dessas recompensas em função do desempenho, da qualificação, etc.	
Segurança no emprego	A garantia de estabilidade em relação não só à função (ou cargo) que actualmente desempenha na instituição hospitalar como em relação ao futuro da sua carreira profissional e do seu vínculo ao SNS.	
Status e prestígio	O prestígio socioprofissional que decorre da profissão, da carreira profissional e da organização onde se trabalha, incluindo a auto-estima, a consideração manifestada pelos utentes, a imagem externa da instituição hospitalar, etc.	

## II PARTE - Expectativas, resultados e diferença entre expectativas e resultados

Na II parte, vamos pedir-lhe que pense nas tarefas ou funções que você desempenha actualmente no seu hospital. Pense naquilo que espera do seu desempenho profissional, nos seus investimentos e nos seus ganhos pessoais, ou seja, naquilo que recebe em troca:

- **Recompensas extrínsecas.** Materiais e simbólicas, dadas pelos outros, sob a forma de dinheiro, recursos, condições de trabalho, segurança no emprego, progressão na carreira, trabalho em equipa ou prestígio, mas também conflitos, stress, etc.;
- **Recompensas intrínsecas** (por exemplo, oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional, auto-estima, margem de independência e de autonomia).

Responda agora a cada um dos 47 itens da escala a seguir representada (Quadro II). Esses itens estão numerados, de maneira aleatória de 1 a 47. Representam as diferentes dimensões (ou factores) da satisfação profissional. Em relação a cada um desses itens, vamos pedir-lhe que responda sistematicamente a duas questões (A e B):

**A – Até que ponto deveria existir?**

**B – Até que ponto existe?**

A questão A tem a ver com a percepção das suas expectativas, desejos, valores ou preferências (aquilo que você esperava, desejaria ou gostaria de obter como recompensa, intrínseca ou extrínseca, pelo seu trabalho, competência, dedicação, esforço, empenhamento, etc., enquanto profissional de saúde). Vamos chamar-lhe expectativas.

A questão B, por seu turno, tem a ver com a percepção dos resultados ou recompensas que você obtém (ou julga obter) e que podem ficar aquém das suas expectativas. Vamos chamar-lhe resultados.

A resposta a cada uma das questões (A e B) é feita através de uma escala de intervalos que tem a seguinte configuração: (Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)

Ponha um círculo ou uma bolinha no número da escala que melhor traduza a sua percepção: por exemplo, 7 (Bastante), 8 (Muito), 9 (Muitíssimo, sem ser o máximo); ou então 1 (Quase nada), 2 (Muito pouco) ou 3 (Pouco).

O valor 5 (Assim - assim, nem pouco nem bastante) será o ponto neutro da escala. Por favor siga a ordem que é indicada (itens de 1 a 47) e não omita nenhuma das suas escalas (A e B), sob pena de ficar inutilizada no todo ou em parte, a resposta ao seu questionário. No caso de achar que um ou mais itens não são de todo aplicáveis ao seu caso (devido a alguma situação muito específica), ponha um traço por cima.

**Quadro II** – Escala de satisfação profissional

A e B Itens de 1 a 17 questões	A	Até que ponto deveria existir?
	B	Até que ponto existe?
1 A convicção íntima de que vale realmente a pena uma pessoa esforçar-se e dar o seu melhor neste hospital	A	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
	B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
2 A independência e a autonomia indispensáveis ao exercício das minhas funções	A	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
	B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
3 O sentimento de segurança no emprego devido ao facto de pertencer ao quadro de pessoal do hospital	A	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
	B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
4 A certeza de que estou a usar e a desenvolver os meus conhecimentos e competências	A	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
	B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)

5 O elevado espírito de equipa que une todas as pessoas que trabalham comigo neste hospital, independentemente da sua profissão ou carreira	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
6 O prestígio que gozo, entre as pessoas das minhas relações, devido ao estatuto da minha profissão ou carreira	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
7 O sentimento de que estou a dar um contributo importante para a realização da missão e dos objectivos atribuídos a este hospital	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
8 A percepção de estar relativamente bem pago, tendo em conta o nível do meu desempenho profissional	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
9 A oportunidade de ter no meu local de trabalho verdadeiros amigos e não apenas colegas ou simples conhecidos	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
10 A confiança que tenho na capacidade de inovação e mudança dos profissionais de saúde que comigo trabalham no SNS, em geral, e neste hospital, em particular	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
11 O conforto e o bem-estar que me proporcionam as condições de trabalho neste hospital (por exemplo, gabinetes, parque de estacionamento)	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
12 A disponibilidade de recursos essenciais, em especial humanos e técnicos, para poder desempenhar bem as minhas funções	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
13 A elevada auto-estima que sinto, devido aos cargos de coordenação ou chefia que tenho exercido (ou posso vir a exercer) neste hospital	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
14 A margem de liberdade que eu tenho para planear, organizar, executar e avaliar o meu trabalho diário	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
15 A percepção de estar relativamente bem pago, por comparação com outros funcionários públicos com qualificações e responsabilidades equivalentes às minhas	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
16 A garantia de estabilidade em relação ao meu futuro profissional, pelo facto de trabalhar neste hospital	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
17 A cooperação e a colaboração com que posso contar por parte dos meus colegas de profissão ou carreira	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
A e B Itens de 18 a 33 questões	A B	Até que ponto deveria existir? Até que ponto existe?

18 A oportunidade de formação contínua e de desenvolvimento pessoal que aqui tenho, no âmbito da minha profissão ou carreira	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
19 O respeito, ou apreço e a confiança que os utentes deste hospital me manifestam	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
20 A percepção de que a direcção deste hospital dá o exemplo aos demais profissionais, trabalhando em equipa e fazendo uma gestão por objectivos	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
21 A percepção de estar relativamente bem pago, tendo em conta o regime de trabalho porque optei	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
22 O apoio com que posso contar por parte do meu director (ou do meu chefe), sobretudo nos momentos difíceis em que uma pessoa precisa de mais ajuda	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
23 A garantia de que a direcção do hospital tem uma política efectiva de protecção da saúde e da segurança dos profissionais que aqui trabalham	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
24 O devido reconhecimento do meu desempenho profissional, por parte da minha chefia hierárquica ou funcional	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
25 O apoio com que posso contar por parte dos elementos da minha equipa, sobretudo nos momentos difíceis em que uma pessoa precisa de mais ajuda	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
26 A possibilidade efectiva e concreta de participar na concepção, planeamento, implementação e avaliação dos programas e actividades do hospital	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
27 A cooperação e colaboração com que posso contar por parte dos colegas de outras profissões ou carreiras	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
28 A adequada protecção contra os riscos profissionais de natureza física, química e/ou biológica, a que estou exposto no meu local de trabalho	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
29 A clara definição de competências e responsabilidades entre os diferentes serviços, unidades e equipas, de modo a prevenir falhas de comunicação e conflitos	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
30 A possibilidade de participar na tomada de decisão e resolução de problemas importantes para a melhoria da organização e do funcionamento do hospital	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)



31 A oportunidade de conhecer e satisfazer de maneira efectiva e concreta as necessidades e as expectativas (de saúde ou informação) dos utentes que me procuram	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
32 O orgulho que sinto por trabalhar num hospital com uma boa imagem junto da comunidade em que está inserido	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
33 A oportunidade de desenvolver aqui um projecto profissional mais estimulante, interessante e criativo do que noutros sítios que conheço	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
A e B Itens de 34 a 47 questões	A B	Até que ponto deveria existir? Até que ponto existe?
34 A percepção de que o meu papel e as minhas competências são devidamente compreendidos, reconhecidos e aceites pelos demais profissionais	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
35 A garantia de qualidade dos cuidados e/ou serviços que são prestados aos utentes deste hospital, por mim e pelos demais profissionais que aqui trabalham	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
36 O sentimento de orgulho por integrar uma equipa de saúde tão competente como a minha	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
37 A adequada prevenção de situações que possam provocar riscos de stress no trabalho (por exemplo conflitos com os utentes e os colegas, sobrecarga de trabalho)	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
38 A confiança que sinto em relação ao futuro do SNS, em geral, e da minha profissão ou carreira em particular	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
39 A percepção que a supervisão do meu trabalho é adequada, flexível e baseada em critérios de confiança, responsabilização e transparência	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
40 A certeza de que as minhas tarefas têm um conteúdo rico, variado e exigente, sem pôr em causa a minha saúde e bem-estar	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
41 A oportunidade efectiva e concreta de prestar, aos utentes do hospital, verdadeiros cuidados (e/ou serviços) integrados, continuados e personalizados	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
42 A cooperação e a colaboração com que posso contar, por parte de outros profissionais de saúde fora do hospital (por exemplo nos Cuidados de Saúde Primários)	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)



43 A cooperação e a colaboração com que posso contar, por parte dos utentes com quem lido	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
44 A oportunidade de melhorar os níveis de saúde dos meus utentes, integrado em equipas pluridisciplinares e pluriprofissionais	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
45 A percepção de estar relativamente bem pago, tendo em conta a minha opção por trabalhar e viver no concelho a que pertence o hospital	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
46 O entusiasmo com que tenho vivido as mudanças que foram, estão ou irão ser introduzidas na organização e funcionamento dos hospitais	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)
47 A gestão adequada e flexível do meu tempo de trabalho, tendo em conta as solicitações a que estou sujeito diariamente (por exemplo, telefone, familiares de utente, atendimento de utentes)	A B	(Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx) (Mín) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máx)

## II PARTE – Caracterização Sociodemográfica e Profissional

Por fim, assinale com uma cruz a resposta que for adequada (ou complete-a nos espaços indicados, se for caso disso) em relação aos seguintes aspectos de caracterização:

### 1. Género:

a) Masculino \_\_\_\_

b) Feminino \_\_\_\_

### 2. Grupo etário:

a) Até aos 30 anos \_\_\_\_

c) 41 a 50 anos \_\_\_\_

b) 31 a 40 anos \_\_\_\_

d) Mais de 51 anos \_\_\_\_

### 3. Habilitações literárias:

a) Até à conclusão do Ensino Secundário (até ao 12º Ano) / Indique os anos completos de escolaridade  
\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

b) 1º Ciclo de Bolonha (Licenciatura) / Qual? \_\_\_\_/\_\_\_\_\_

c) 2º Ciclo de Bolonha (Mestrado) / Qual? \_\_\_\_/\_\_\_\_\_

d) 3º Ciclo de Bolonha (Doutoramento) / Qual? \_\_\_\_/\_\_\_\_\_

e) Outra (Especialidade, Pós-graduação) / Qual? \_\_\_\_/\_\_\_\_\_

#### 4. Profissão ou carreira:

- a) Assistente operacional \_\_\_\_
- b) Enfermeira \_\_\_\_
- c) Médica \_\_\_\_
- d) Técnica de diagnóstico e terapêutica \_\_\_\_
- e) Técnica superior de saúde \_\_\_\_

#### 5. Serviço onde desempenha funções:

---

#### 6. Vínculo laboral:

- a) Contrato por tempo indeterminado \_\_\_\_
- b) Contrato termo resolutivo \_\_\_\_
- c) Contrato de prestação de serviços \_\_\_\_
- d) Outro/ Qual \_\_\_\_/\_\_\_\_

Se na questão 6 respondeu a opção a), passe para a questão 10, se escolheu uma das outras opções prossiga com as questões seguintes.

#### 7. Se lhe fosse oferecido um contrato por tempo indeterminado, numa instituição do concelho para desempenhar as funções que desempenha actualmente, aceitaria?

- a) Sim \_\_\_\_
- b) Não \_\_\_\_

#### 8. Sente que este tipo de vínculo a levou a adiar alguns projectos pessoais, que não teria adiado se tivesse um contrato por tempo indeterminado?

- a) Sim \_\_\_\_
- b) Não \_\_\_\_

#### 9. Alguma vez sentiu algum tipo de discriminação face aos colegas que têm um contrato por tempo indeterminado? (Por Exemplo: marcação de férias, horário, entre outros)

- a) Sim \_\_\_\_

Se sim, descreva a situação \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- b) Não \_\_\_\_

**10. Observações, comentários, sugestões ou críticas que queira fazer (Nomeadamente em relação a este questionário ou em relação a medidas concretas para melhorar a sua satisfação profissional enquanto profissional de saúde, a trabalhar num hospital do SNS)**

---

---

---

---

---

Fim do questionário

Muito Obrigado pela sua colaboração

## ANEXO 4: DOCUMENTAÇÃO DE DIVULGAÇÃO



HOSPITAL DE  
REYNALDO DOS SANTOS

Despacho

Concorda-se e autoriza-se a elaboração do questionário nos termos propostos. Considerando a importância das conclusões que venham a ser obtidas, deve proceder-se à distribuição do presente documento aos prestadores de cuidados directos indicados pela discente.

16/03/2010

Conselho de Administração

Exmo. Sr.

Presidente do Conselho de Administração

**Assunto: Questionário sobre os níveis de satisfação profissional**

No seguimento da iniciativa previamente acordada, propomo-nos elaborar um questionário que pretende avaliar os níveis de satisfação profissional no Hospital.

Este trabalho resulta de uma adaptação do questionário de Avaliação da Satisfação Laboral, elaborado pelo Professor Luís Graça, docente da Escola Nacional de Saúde Pública e adaptado por Sandra Costa, discente do Curso de Mestrado de Gestão em Saúde, que decorre na mesma instituição.

O questionário é dirigido a todos os **prestadores de cuidados directos**, onde se incluem **enfermeiros, médicos, técnicos de diagnóstico e terapêutica, técnicos superiores de saúde e assistentes operacionais.**

### Preenchimento do questionário

1. Para responder basta dirigir-se ao site abaixo indicado, onde encontrará as instruções de preenchimento.

<http://www.future-healthcare.net/inquerito/>

2. Serão alvo de estudo todas as respostas validadas no período de **18 de Março a 8 de Abril de 2010**.
3. Os direitos de anonimato e confidencialidade estão assegurados.
4. Se sentir dificuldade no preenchimento electrónico, por favor proceda à impressão do questionário e responda em suporte de papel devendo, neste caso ser entregue em envelope fechado no Secretariado do Conselho de Administração. Este será posteriormente levantado, apenas pela autora, no final do prazo a 8 de Abril de 2010.
5. Em caso de dúvida, não deixe de contactar: [satisfacaolaboral@gmail.com](mailto:satisfacaolaboral@gmail.com)
6. Agradecemos desde já a vossa colaboração.

Vila Franca de Xira, 16 de Março de 2010

Sandra Costa

Discente do Curso de Mestrado de Gestão em Saúde

Sandra Costa

Sou Enfermeira no serviço de Neonatologia e autora do trabalho de investigação acerca da Satisfação Laboral dos Profissionais de Saúde e **lamento a fraca participação dos meus colegas**, Profissionais de Saúde desta instituição.



Quero agradecer a todos os que até agora participaram no estudo e informar que ao participarem **têm a oportunidade de expressar a vossa opinião anonimamente acerca da vossa satisfação e melhorias a fazer no vosso local de trabalho.**

**É ainda possível, até ao dia 23 de Abril.**

Basta ir ao site:

**[www.future-healthcare.net/inquerito](http://www.future-healthcare.net/inquerito)**

Ou responder em suporte de papel e entregar no Conselho de Administração em envelope fechado.

**Os resultados obtidos serão apresentados aos órgãos dirigentes desta instituição, no sentido de manifestar as nossas necessidades e contribuir para uma melhoria das nossas condições de trabalho e consequentemente aumentar a qualidade dos cuidados por nós prestados.**

# Infelizmente não alcançámos o número de respostas pretendido

Apenas 1 % da população participou. ☹️

**Se é prestador de cuidados directos e quer:**

Expressar o seu grau de satisfação laboral

Saber os níveis de satisfação laboral do seu serviço ou do seu grupo profissional

Expressar a sua opinião acerca do que deveria ser feito para aumentar os seus níveis de satisfação laboral



Aproveite esta oportunidade, **preencha o seu questionário** e **passe a palavra** para que os seus colegas o preencham também, só assim é possível reunir dados passíveis de serem analisados.

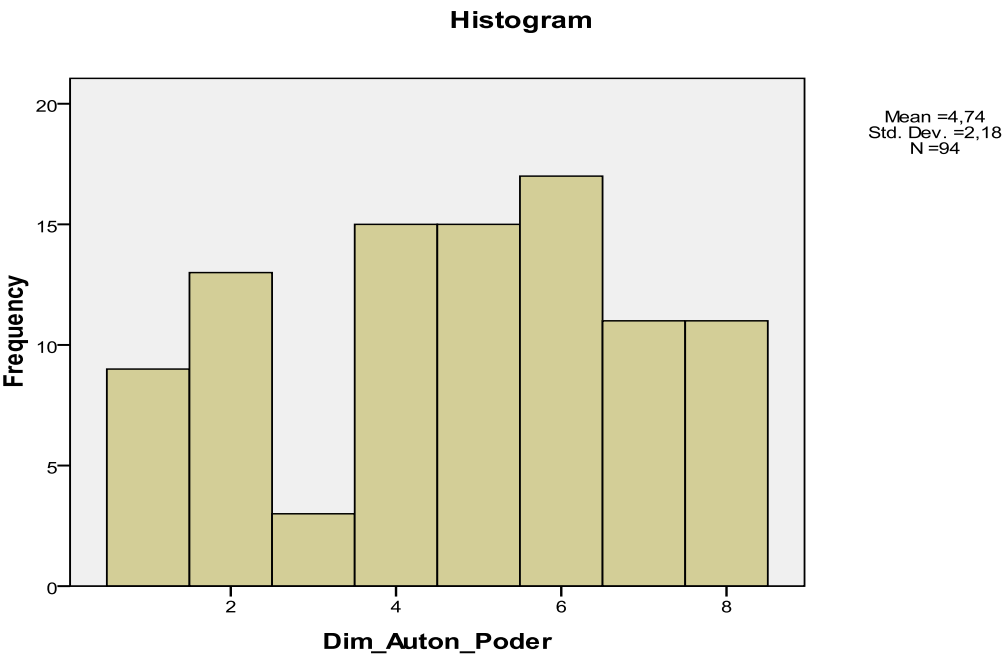
Devido ao número insuficiente de respostas a data de *terminus* do questionário **será alargada até dia 23 de Abril.**

Vá a [www.future-healthcare.net/inquerito/](http://www.future-healthcare.net/inquerito/) e

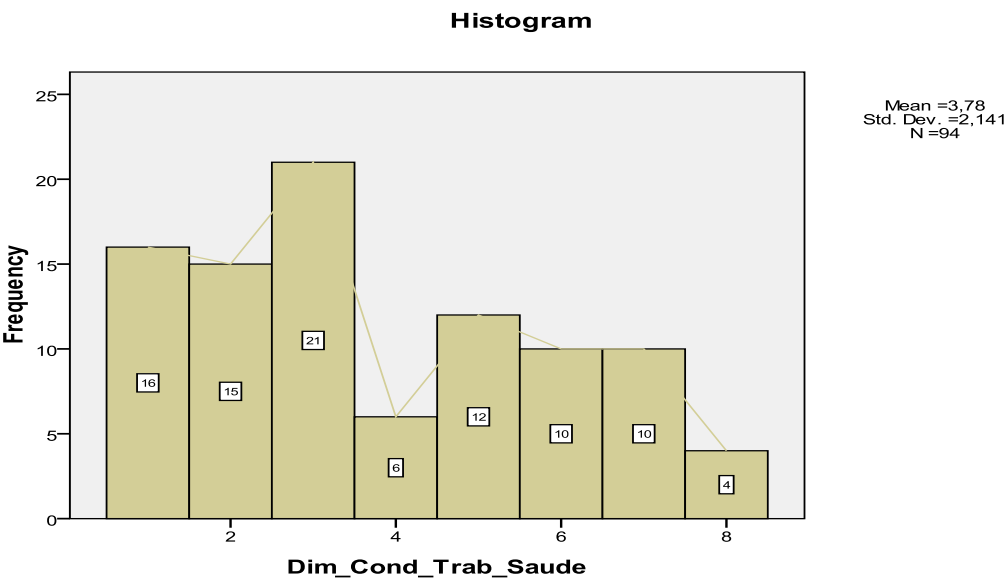
preencha, ou imprima o questionário, preencha e entregue no Conselho de Administração em envelope fechado.

ANEXO 5: IMPORTÂNCIA DAS DIMENSÕES

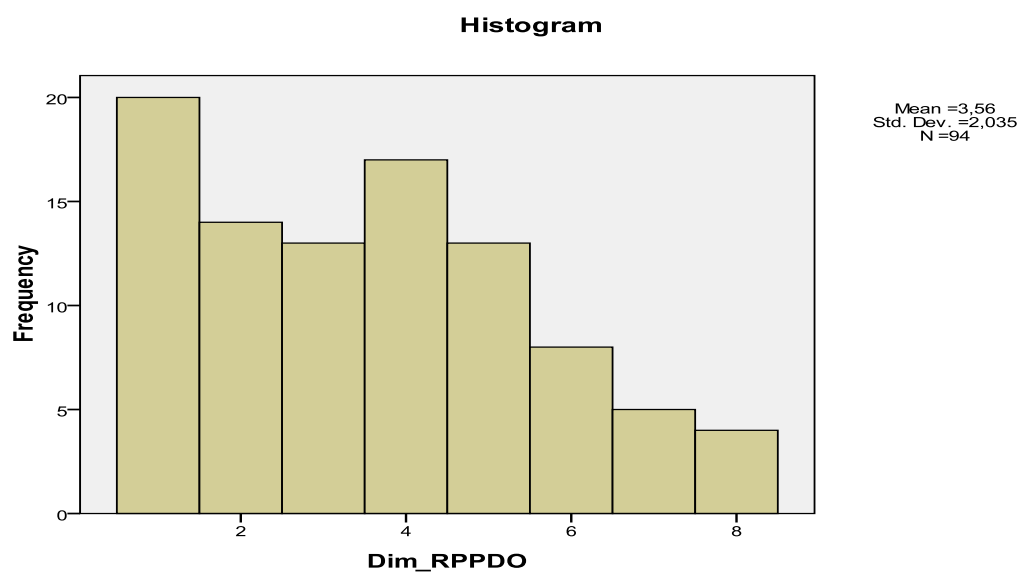
Importância das 8 dimensões, sendo o 1 a mais importante e o 8 a menos importante



Histograma Autonomia e Poder - Dispersão dos resultados relativos à importância desta dimensão



Histograma Condições de Trabalho e Saúde - Dispersão dos resultados relativos à importância desta dimensão

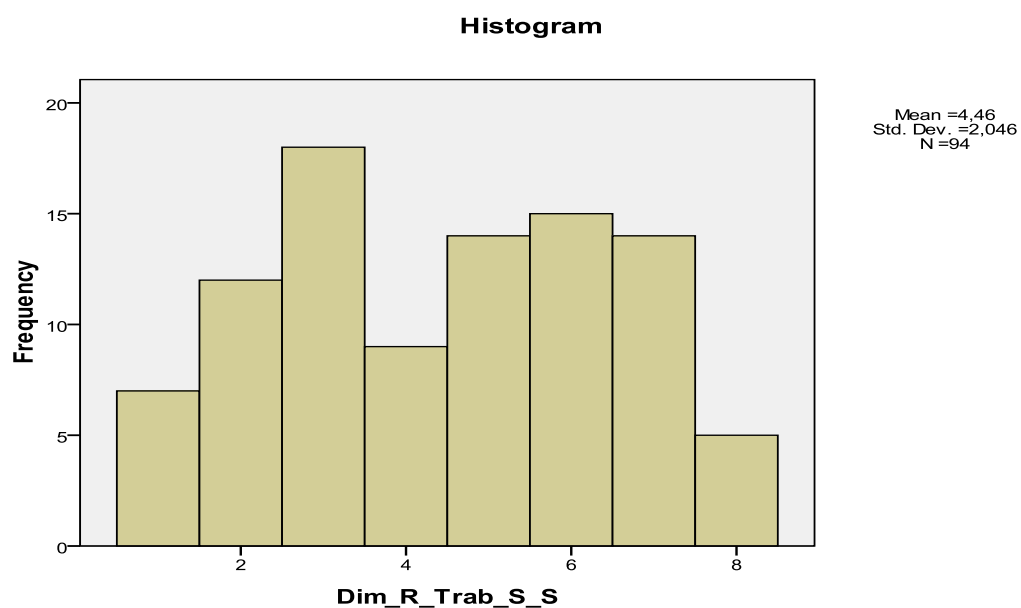


Histograma Realização Pessoal e Profissional e Desempenho Organizacional - Dispersão dos resultados relativos à importância desta dimensão

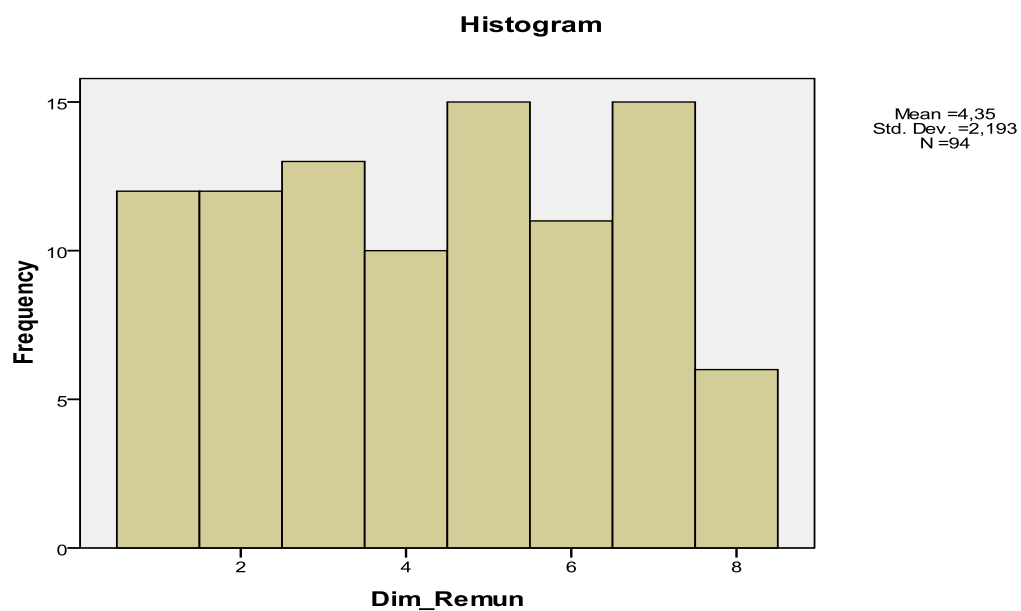


Histograma Relação Profissional/Utente - Dispersão dos resultados relativos à importância desta dimensão

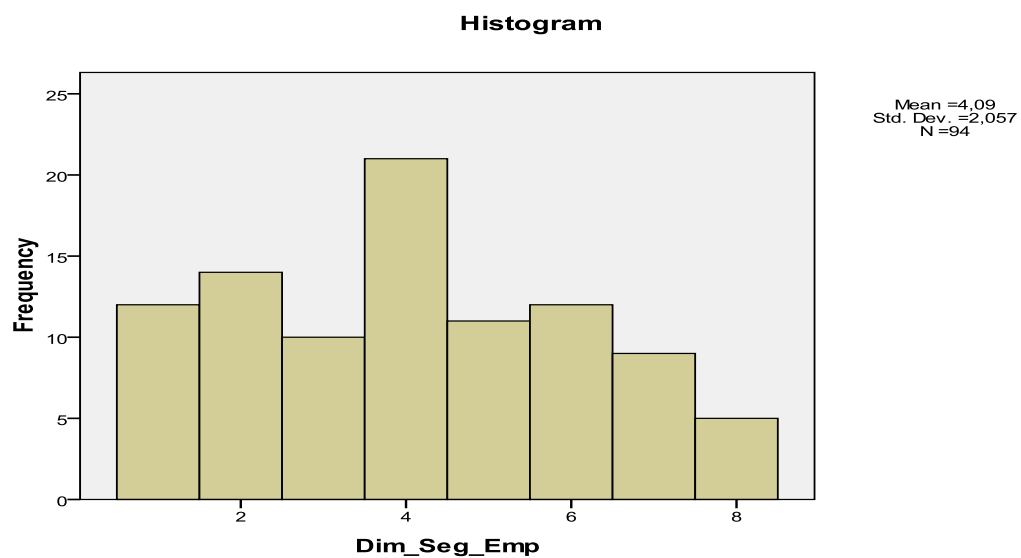




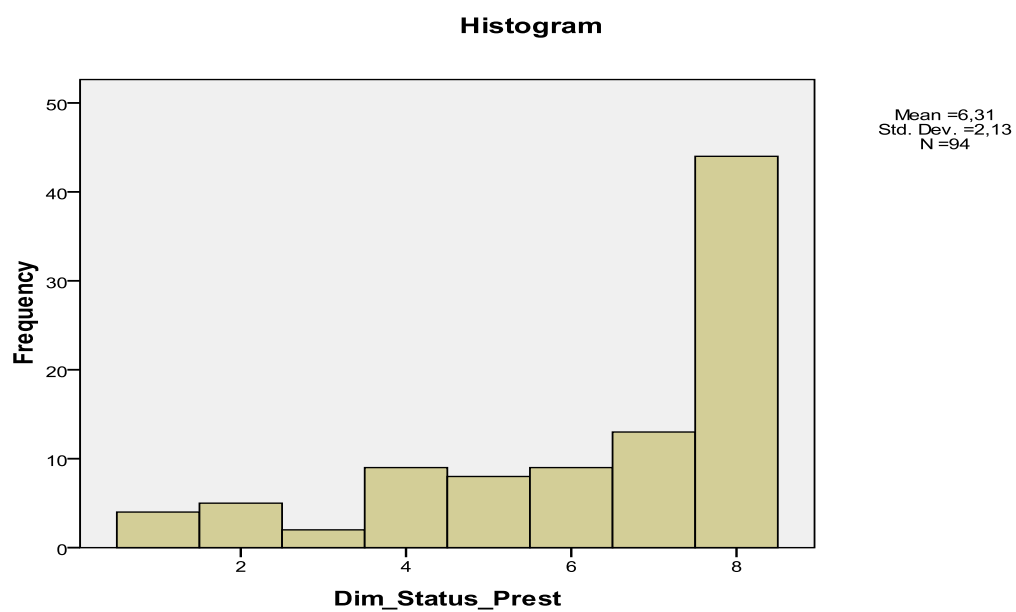
Histograma Relações de Trabalho e Suporte Social - Dispersão dos resultados relativos à importância desta dimensão



Histograma Remuneração - Dispersão dos resultados relativos à importância desta dimensão



Histograma Segurança no Emprego - Dispersão dos resultados relativos à importância desta dimensão



Histograma *Status* e Prestígio - Dispersão dos resultados relativos à importância desta dimensão

Quadro - Grau de importância das dimensões segundo os grupos profissionais

Dimensão	Enfermeiros (n=48)	Médicos (n=16)	Assistentes Operacionais (n=19)	Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (n=13)
Autonomia e poder	7	7	7	5
Condições de trabalho e saúde	3	5	2	1
Realização pessoal e profissional e desempenho organizacional	1	1	4	3
Relação Profissional/utente	2	6	1	2
Relações de trabalho e suporte social	4	3	5	7
Remuneração	6	2	6	5
Segurança no emprego	5	4	3	4
Status e prestígio	8	8	8	8

## Anexo 5: Satisfação por dimensões

Pontuações de cada dimensão e item que a compõe (A – expectativas e B – realidade,  $A - B =$  Nível de satisfação)

9 – o máximo de satisfação e 0 o mínimo de satisfação

Nº da questão	Dimensão	N	Pontuação		
	Autonomia e Poder		A	B	A-B
2	A independência e a autonomia indispensáveis ao exercício das minhas funções	103	8,58	5,86	2,72
12	A disponibilidade de recursos essenciais, em especial humanos e técnicos, para poder desempenhar bem as minhas funções	103	9,01	3,88	5,13
14	A margem de liberdade que eu tenho para planejar, organizar, executar e avaliar o meu trabalho diário	103	8,58	5,94	2,64
26	A possibilidade efectiva e concreta de participar na concepção, planeamento, implementação e avaliação dos programas e actividades do hospital	100	8,42	4,08	4,39
29	A clara definição de competências e responsabilidades entre os diferentes serviços, unidades e equipas, de modo a prevenir falhas de comunicação e conflitos	100	8,85	4,56	4,28
30	A possibilidade de participar na tomada de decisão e resolução de problemas importantes para a melhoria da organização e do funcionamento do hospital	101	8,55	3,78	4,77
34	A percepção de que o meu papel e as minhas competências são devidamente compreendidos, reconhecidos e aceites pelos demais profissionais	103	8,78	5,24	3,53
39	A percepção que a supervisão do meu trabalho é adequada, flexível e baseada em critérios de confiança, responsabilização e transparência	103	8,91	5,92	2,99
44	A oportunidade de melhorar os níveis de saúde dos meus utentes, integrado em equipas pluridisciplinares e pluriprofissionais	100	9,01	5,01	3,99
47	A gestão adequada e flexível do meu tempo de trabalho, tendo em conta as solicitações a que estou sujeito diariamente (por exemplo, telefone, familiares de utente, atendimento de utentes)	102	8,54	5,34	3,19
	<b>Condições de Trabalho e Saúde</b>				
11	O conforto e o bem-estar que me proporcionam as condições de trabalho neste hospital (por exemplo, gabinetes, parque de estacionamento)	103	8,71	2,68	6,03
23	A garantia de que a direcção do hospital tem uma política efectiva de protecção da saúde e da segurança dos profissionais que aqui trabalham	102	9,02	3,62	5,40
28	A adequada protecção contra os riscos profissionais de natureza física, química e/ou biológica, a que estou exposto no meu local de trabalho	101	9,08	4,30	4,78
37	A adequada prevenção de situações que possam provocar riscos de stress no trabalho (por exemplo conflitos com os utentes e os colegas, sobrecarga de trabalho)	103	9,04	5,00	4,04
40	A certeza de que as minhas tarefas têm um conteúdo rico, variado e exigente, sem pôr em causa a minha saúde e bem-estar	102	8,87	5,72	3,16
	<b>Realização Pessoal e Profissional e Desempenho Organizacional</b>				
1	A convicção íntima de que vale realmente a pena uma pessoa esforçar-se e dar o seu melhor neste hospital	103	8,88	4,88	4,00
4	A certeza de que estou a usar e a desenvolver os meus conhecimentos e competências	100	9,02	6,29	2,73
7	O sentimento de que estou a dar um contributo importante	103	8,85	6,47	2,39

	para a realização da missão e dos objectivos atribuídos a este hospital				
10	A confiança que tenho na capacidade de inovação e mudança dos profissionais de saúde que comigo trabalham no SNS, em geral, e neste hospital, em particular	100	8,48	5,27	3,21
18	A oportunidade de formação contínua e de desenvolvimento pessoal que aqui tenho, no âmbito da minha profissão ou carreira	102	8,92	4,62	4,30
20	A percepção de que a direcção deste hospital dá o exemplo aos demais profissionais, trabalhando em equipa e fazendo uma gestão por objectivos	101	8,72	3,84	4,88
24	O devido reconhecimento do meu desempenho profissional, por parte da minha chefia hierárquica ou funcional	101	9,09	5,88	3,19
33	A oportunidade de desenvolver aqui um projecto profissional mais estimulante, interessante e criativo do que noutros sítios que conheço	101	8,65	4,17	4,49
36	O sentimento de orgulho por integrar uma equipa de saúde tão competente como a minha	101	9,12	6,37	2,74
46	O entusiasmo com que tenho vivido as mudanças que foram, estão ou irão ser introduzidas na organização e funcionamento dos hospitais	103	8,26	4,40	3,86
	<b>Relação Profissional/Utente</b>				
19	O respeito, ou apreço e a confiança que os utentes deste hospital me manifestam	103	8,26	4,40	3,86
31	A oportunidade de conhecer e satisfazer de maneira efectiva e concreta as necessidades e as expectativas (de saúde ou informação) dos utentes que me procuram	101	8,84	5,63	3,21
35	A garantia de qualidade dos cuidados e/ou serviços que são prestados aos utentes deste hospital, por mim e pelos demais profissionais que aqui trabalham	102	9,25	6,09	3,17
41	A oportunidade efectiva e concreta de prestar, aos utentes do hospital, verdadeiros cuidados (e/ou serviços) integrados, continuados e personalizados	101	9,11	5,78	3,34
43	A cooperação e a colaboração com que posso contar, por parte dos utentes com quem lido	103	8,71	5,85	2,85
	<b>Relações de Trabalho e Suporte Social</b>				
5	O elevado espírito de equipa que une todas as pessoas que trabalham comigo neste hospital, independentemente da sua profissão ou carreira	102	9,07	5,65	3,42
9	A oportunidade de ter no meu local de trabalho verdadeiros amigos e não apenas colegas ou simples conhecidos	101	8,32	6,01	2,33
17	A cooperação e a colaboração com que posso contar por parte dos meus colegas de profissão ou carreira	101	8,85	6,40	2,46
22	O apoio com que posso contar por parte do meu director (ou do meu chefe), sobretudo nos momentos difíceis em que uma pessoa precisa de mais ajuda	102	9,06	6,23	2,83
25	O apoio com que posso contar por parte dos elementos da minha equipa, sobretudo nos momentos difíceis em que uma pessoa precisa de mais ajuda	100	8,89	6,55	2,33
27	A cooperação e colaboração com que posso contar por parte dos colegas de outras profissões ou carreiras	101	8,72	5,15	3,57
42	A cooperação e a colaboração com que posso contar, por parte de outros profissionais de saúde fora do hospital (por exemplo nos Cuidados de Saúde Primários)	100	8,74	4,87	3,87
	<b>Remuneração</b>				
8	A percepção de estar relativamente bem pago, tendo em conta o nível do meu desempenho profissional	100	8,96	3,20	5,74
15	A percepção de estar relativamente bem pago, por comparação com outros funcionários públicos com qualificações e responsabilidades equivalentes às minhas	102	8,60	2,81	5,81
21	A percepção de estar relativamente bem pago, tendo em conta o regime de trabalho porque optei	100	8,91	3,20	5,71
45	A percepção de estar relativamente bem pago, tendo em conta a minha opção por trabalhar e viver no concelho a que pertence o hospital	102	8,51	3,15	5,36

	<b>Segurança no Emprego</b>				
3	O sentimento de segurança no emprego devido ao facto de pertencer ao quadro de pessoal do hospital	101	8,69	5,24	3,46
16	A garantia de estabilidade em relação ao meu futuro profissional, pelo facto de trabalhar neste hospital	102	8,77	4,55	4,23
38	A confiança que sinto em relação ao futuro do SNS, em geral, e da minha profissão ou carreira em particular	102	9,04	3,08	5,96
	<b>Status de Prestígio</b>				
6	O prestígio que gozo, entre as pessoas das minhas relações, devido ao estatuto da minha profissão ou carreira	99	7,46	5,49	1,95
13	A elevada auto-estima que sinto, devido aos cargos de coordenação ou chefia que tenho exercido (ou posso vir a exercer) neste hospital	96	7,80	4,10	3,70
32	O orgulho que sinto por trabalhar num hospital com uma boa imagem junto da comunidade em que está inserido	99	8,85	4,18	4,67

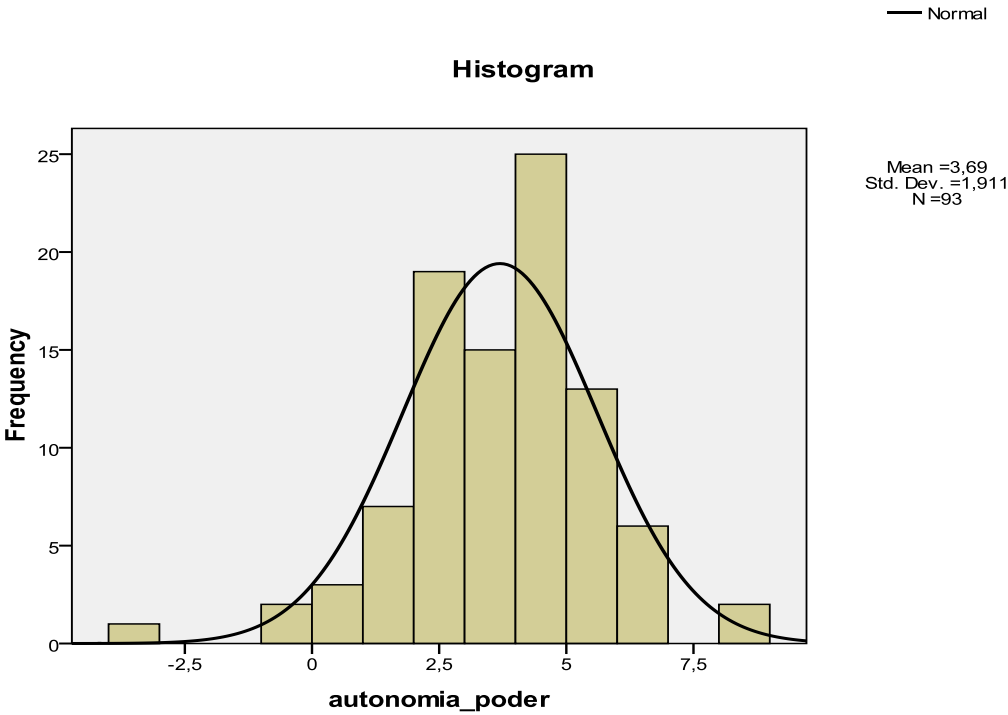
Cálculo do nível de satisfação por dimensão, através da diferença entre A e B

O nível médio de satisfação pode ir de 0 a 10, sendo que o primeiro representa os indivíduos totalmente satisfeitos e o 10, os indivíduos totalmente não satisfeitos.

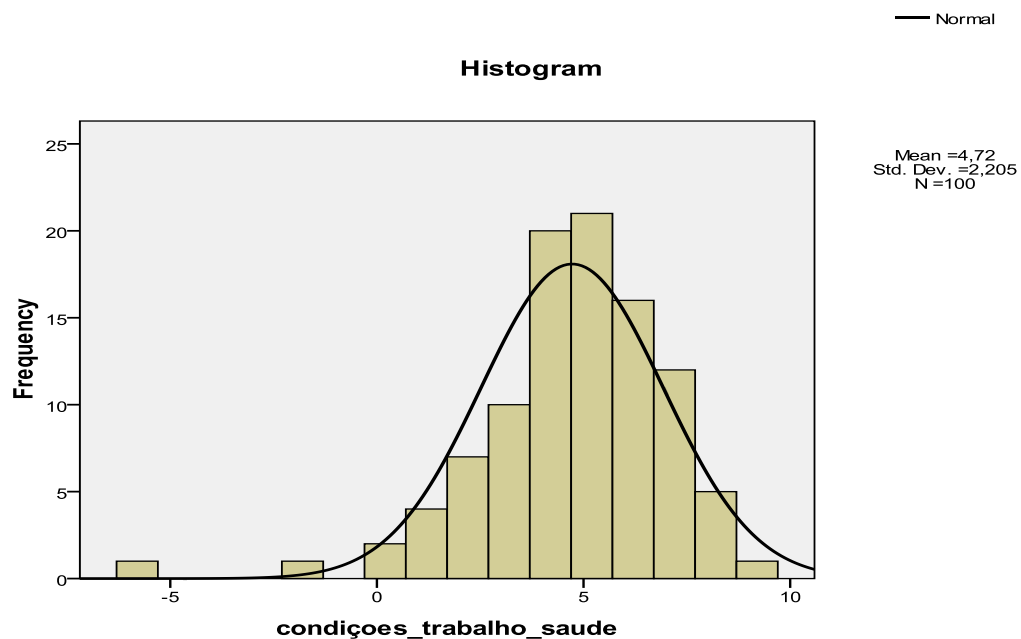
Dimensão	Questões	Nº total de questões	Cálculo	Satisfação
Autonomia e poder	2, 12, 14, 26, 29, 30, 34, 39, 44, 47	10	$(2,72+5,13+2,64+4,39+4,28+4,77+3,53+2,99+3,99+3,19): 10$	3,69
Condições de trabalho e saúde	11, 23, 28, 37, 40	5	$(6,03+5,40+4,78+4,04+3,10): 5$	4,72
Realização pessoal e profissional e desempenho organizacional	1, 4, 7, 10, 18, 20, 24, 33, 36, 46	10	$(4,00+2,73+2,39+3,21+4,30+4,88+3,19+4,49+2,74+3,86):10$	3,49
Relação Profissional/utente	19, 31, 35, 41, 43	5	$(3,86+3,21+3,17+3,34+2,85): 5$	3,28
Relações de trabalho e suporte social	5, 9, 17, 22, 25, 27, 42	7	$(3,42+2,33+2,46+2,83+2,33+3,57+3,87): 7$	2,99
Remuneração	8, 15, 21, 45	4	$(5,74+5,81+5,71+5,36): 4$	5,71
Segurança no emprego	3, 16, 38	3	$(3,46+4,23+5,96): 3$	4,61
Status e prestígio	6, 13, 32	3	$(1,95+3,70+4,67): 3$	3,47

Nível médio de satisfação	1 a 47	47	(2,72+5,13+2,64+4,39+4,28+4,77+3,53+2,99+3,99+3,19+6,03+5,40+4,78+4,04+3,10+4,00+2,73+2,39+3,21+4,30+4,88+3,19+4,49+2,74+3,86+3,86+3,21+3,17+3,34+2,85+3,42+2,33+2,46+2,83+2,33+3,57+3,87+5,74+5,81+5,71+5,36+3,46+4,23+5,96+1,95+3,70+4,67): 47	3,99
---------------------------	--------	----	--	------

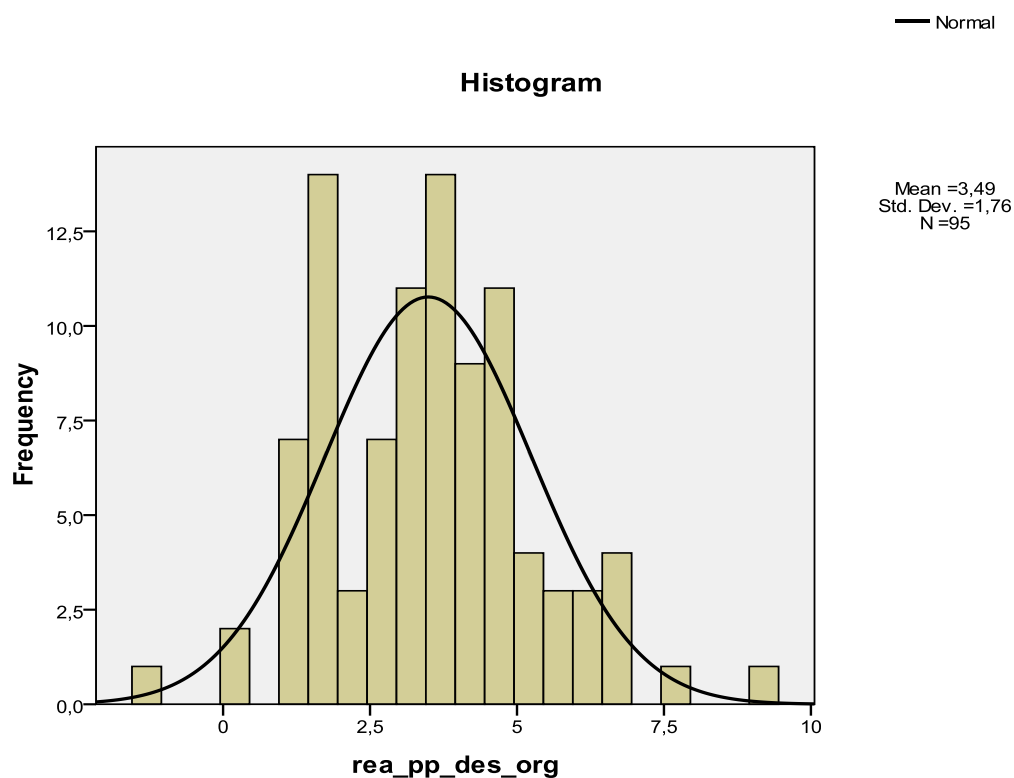
Dispersão dos resultados dos níveis de satisfação por dimensões



Histograma Autonomia e Poder - Dispersão dos resultados relativos à satisfação nesta dimensão

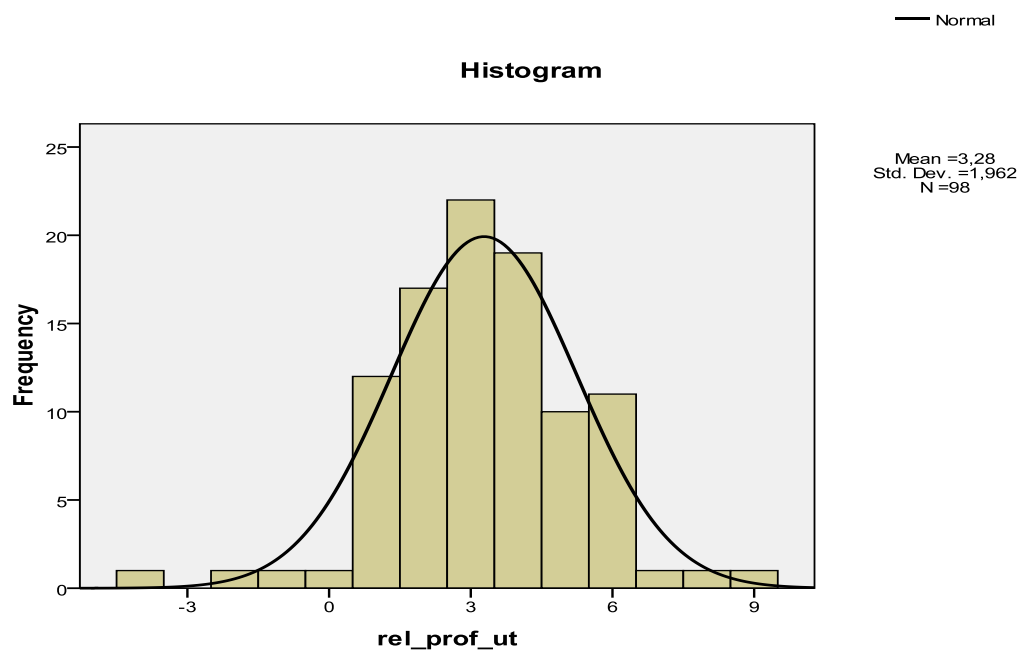


Histograma Condições de trabalho e Saúde - Dispersão dos resultados relativos à satisfação nesta dimensão

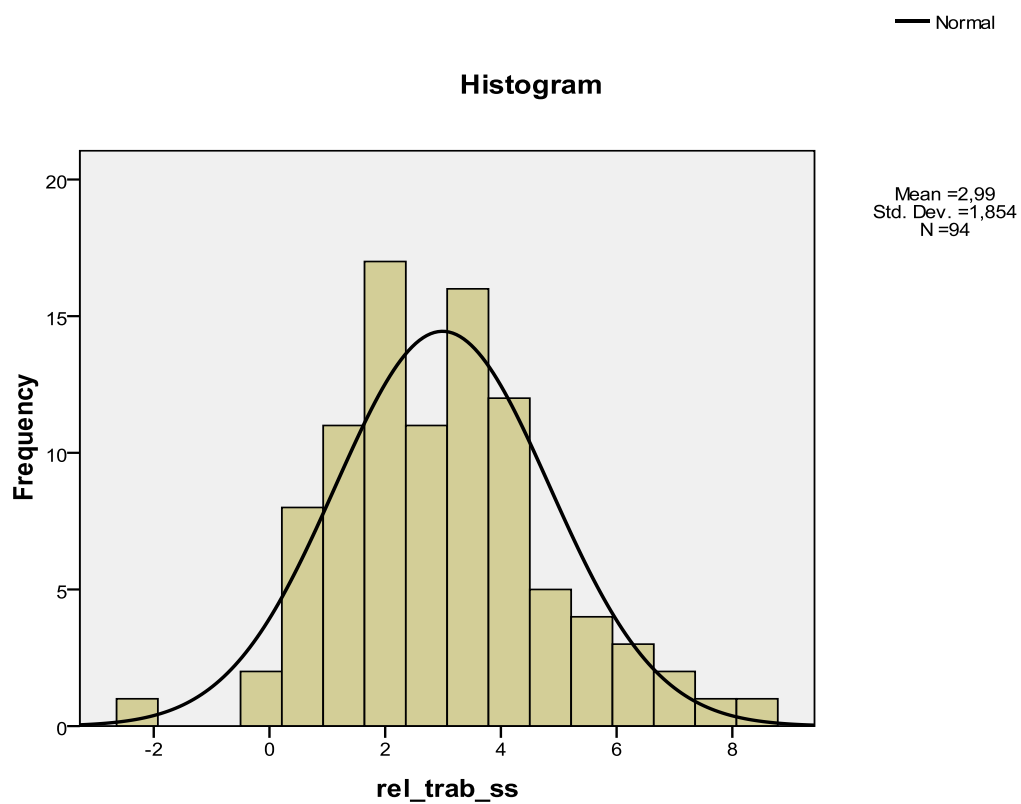


Histograma Realização Pessoal e Profissional e Desempenho Organizacional - Dispersão dos resultados relativos à satisfação nesta dimensão

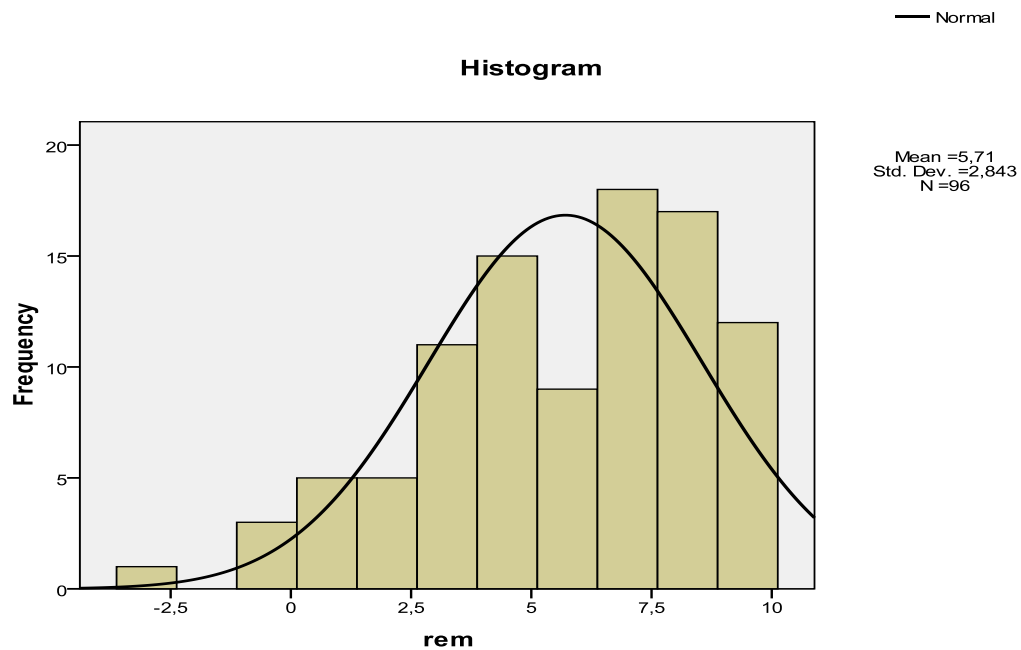




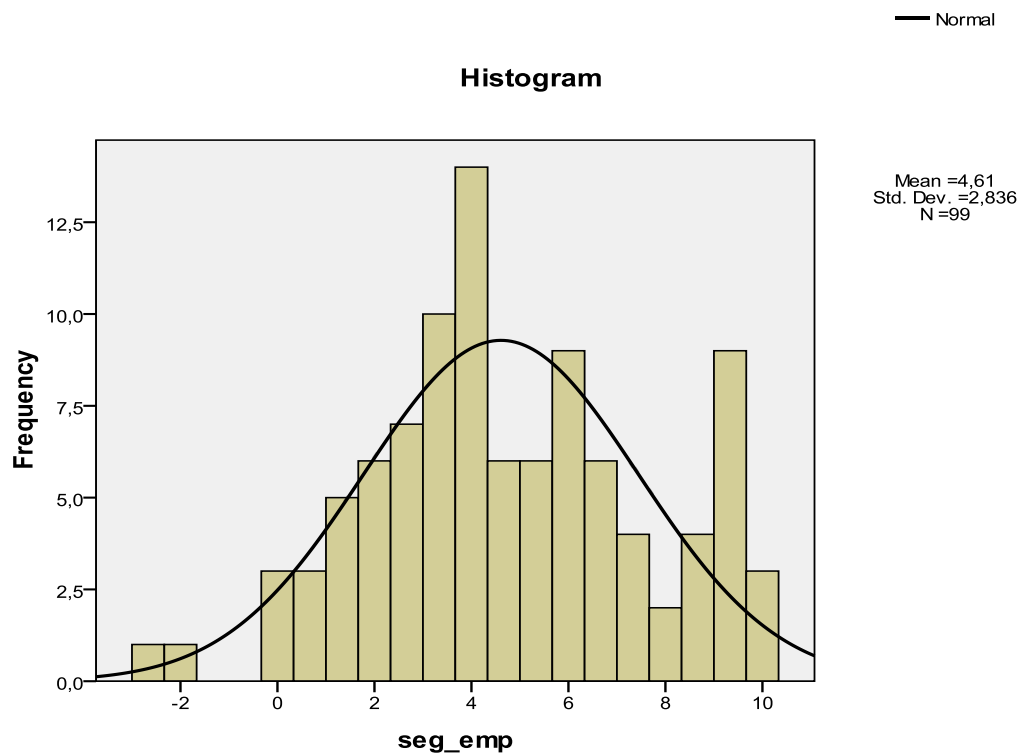
Histograma Relação Profissional/Utente - Dispersão dos resultados relativos à satisfação nesta dimensão



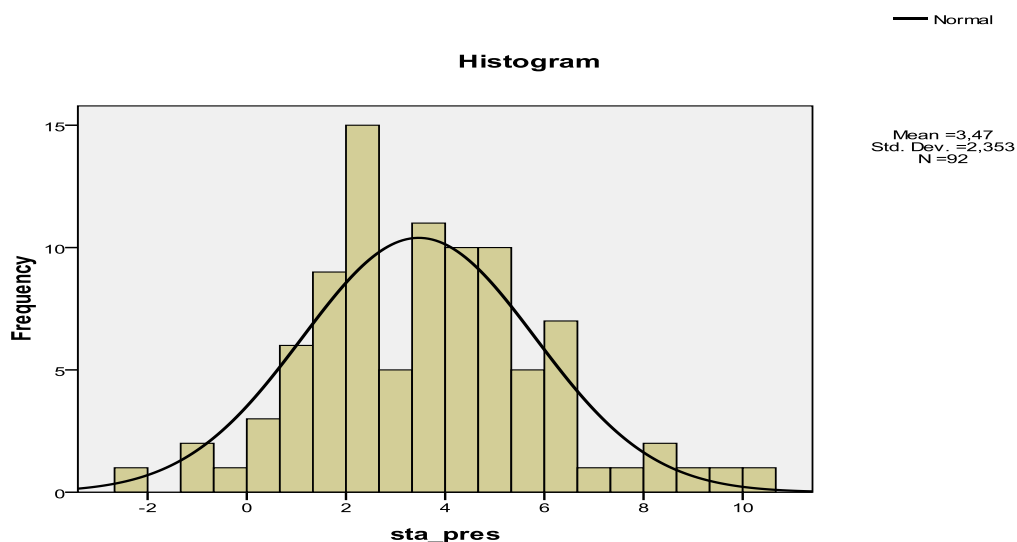
Histograma Relações de Trabalho e Suporte Social - Dispersão dos resultados relativos à satisfação nesta dimensão



Histograma Remuneração - Dispersão dos resultados relativos à satisfação nesta dimensão



Histograma Segurança no Emprego - Dispersão dos resultados relativos à satisfação nesta dimensão



Histograma *Status* e Prestígio - Dispersão dos resultados relativos à satisfação nesta dimensão

Dimensão	Enfermeiros (n=48)	Médicos (n=15)	Assistentes Operacionais (n=16)	Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (n=12)
Autonomia e poder	4,09	3,13	<b>3,42</b>	3,24
Condições de trabalho e saúde	5,21	3,76	4,69	4,23
Realização pessoal e profissional e desempenho organizacional	<b>3,78</b>	3,01	3,66	<b>2,93</b>
Relação Profissional/utente	<b>3,68</b>	<b>2,23</b>	3,53	<b>2,73</b>
Relações de trabalho e suporte social	<b>3,54</b>	<b>2,19</b>	<b>3,39</b>	<b>1,78</b>
Remuneração	6,97	3,78	5,04	4,66
Segurança no emprego	5,69	3,25	3,80	3,46
<i>Status</i> e prestígio	4,03	<b>2,54</b>	<b>3,02</b>	2,94

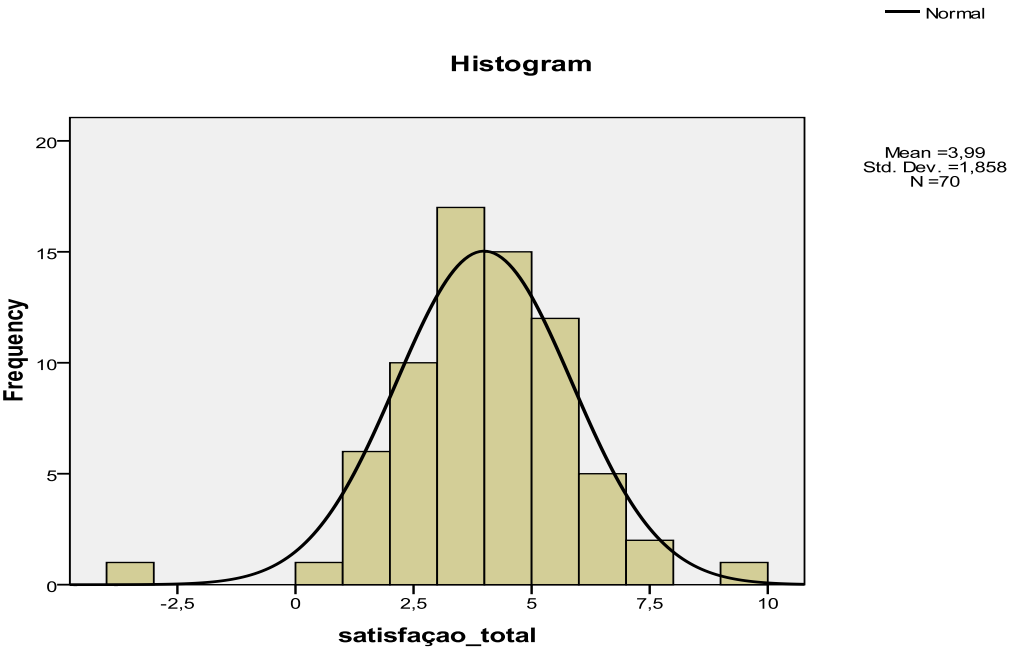
Quadro dos níveis de satisfação por grupo profissional (a *bold* estão registadas as dimensões onde os profissionais se encontram mais satisfeitos)

ANEXO 6: NÍVEIS DE SATISFAÇÃO GLOBAL

Dispersão dos valores relativos à satisfação total dos profissionais de saúde

Extreme Values

			Case Number	Value
satisfacao_total	Highest	1	103	9
		2	62	8
		3	34	7
		4	28	7
		5	49	6
	Lowest	1	3	-3
		2	24	0
		3	25	1
		4	38	1
		5	60	2



Histograma Satisfação total - Dispersão dos resultados relativos à satisfação global dos profissionais de saúde

## ANEXO 7: NÍVEIS DE SATISFAÇÃO POR DIMENSÃO SEGUNDO OS DIFERENTES TIPOS DE VÍNCULO LABORAL

Comparação dos níveis de satisfação segundo as diferentes dimensões por tipo de vínculo laboral

### Dimensão Autonomia e Poder

Vínculo laboral	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Autonomia e poder Com vínculo	68	3,56	1,889	,229
Sem vínculo	25	4,06	1,962	,392

### Dimensão Condições de Trabalho e Saúde

Vínculo laboral	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Condições de Trabalho e Saúde Com vínculo	75	4,77	2,274	,263
Sem vínculo	25	4,60	2,023	,405

### Dimensão Realização Pessoal e Profissional e Desempenho Organizacional

Vínculo laboral	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Realização Com vínculo	71	3,38	1,740	,207
Pessoal e Sem vínculo	24	3,80	1,819	,371
Profissional e Desempenho Organizacional				

### Dimensão Relação Profissional/Utente

Vínculo laboral	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Relação Com vínculo	73	3,28	1,945	,228
Profissional/Utente Sem vínculo	25	3,29	2,053	,411

### Dimensão Relações de Trabalho e Suporte Social

	Vínculo laboral	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Relações de Trabalho e Suporte Social	Com vínculo	70	2,90	1,927	,230
	Sem vínculo	24	3,27	1,629	,333

### Dimensão Remuneração

	Vínculo laboral	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Remuneração	Com vínculo	70	5,73	2,783	,333
	Sem vínculo	26	5,64	3,054	,599

### Dimensão Segurança no Emprego

	Vínculo laboral	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Segurança no Emprego	Com vínculo	72	4,05	2,379	,280
	Sem vínculo	27	6,11	3,413	,657

### Dimensão Status e Prestígio

	Vínculo laboral	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Status e Prestígio	Com vínculo	69	3,27	2,215	,267
	Sem vínculo	23	4,06	2,694	,562

Perfil da satisfação dos profissionais por dimensões, segundo o tipo de vínculo laboral

